Rok XLVI. Kraków, dnia 12 października 1907. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O wieloogniskowym mleczotoku części rodnych zewnętrznych. *(Chylorrhoe multiplex genitalium).*

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Przypadki tak zwanego mleczotoku wieloogniskowego zaliczamy do postaci chorobowych, bezwarunkowo niezmiernie rzadkich. Odnoszące się do tego piśmiennictwo, czerpane tak z dziedziny chirurgii, jakoteż dermatologii i urologii, jest tak ubogie, że po najdokładniejszem jego przejrzeniu, odnajdujemy oprócz obszerniejszej pracy zbiorowej Haferkorna (Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. LVI), która obejmuje przypadki różne tak w kierunku etyologii, jakoteż istoty cierpienia, zaledwie jeszcze kilka takich i poniekąd do naszego zbliżonych przypadków, ogłoszonych przez Erba, Malherbea, Neumanna, Volharda i Bornemanna. Należy nadto zaznaczyć, że z całej liczby ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków, nieznaczna zaledwie część zasługuje na nazwę »mleczotoku«; przeważnie bowiem jest tam mowa o przetokach chłonnych, o limfie, o rozszerzeniach naczyń chłonnych, a względnie o wydzielaniu się mleczu, zmieszanego z limfą *(lympho-chylorrhoe)*. Wyłączyć z tej kategoryi należy również przetoki mleczowe w zakresie dróg moczowych, kiedy zatem mamy prawo mówić o mleczomoczu *(chyluria)*, a nie o mleczotoku *(chylorrhoe)*.

Według Neumanna chodziło wśród 62 przypadków limfotoku *(lymphorrhoe)*, tylko w 18 o treść mieszaną, t. j. o limfę z domieszką mleczu, a z tej liczby wreszcie zasługiwały zaledwie trzy na wliczenie ich do kategoryi mleczotoku postaci czystej. Jeżeli zatem zechcemy podzielić ogólnie znane przypadki na grupy w myśl powyższych różnic według Neumanna i wyłączyć postacie o treści limfatycznej lub mięszanej, wypadnie nam zaliczyć przypadek poniżej opisany do rzędu bezwarunkowo najrzadszych [1]).

Wywiady:

A. H. dziewczyna siedemnastoletnia, izraelitka, dobrze odżywiona, budowy prawidłowej, wzrostu średniego. Rodzice żyją i są zupełnie zdrowi. Ani chora, ani rodzeństwo jej nie przebywali nigdy żadnych chorób ostrych, ani przewlekłych. W siódmym roku życia zauważono po raz pierwszy u chorej pojawienie się płynu barwy mlecznej na wargach sromnych. Chora podaje, że jak długo pamięta, miewała w kroku uczucie wilgoci, a także zauważyła, że wargi sromne bywają często grube, jakby obrzmiałe i mokre. Już wówczas spostrzegano u niej na wargach jakoby małe pryszczyki, z których sączył się ów płyn biały. Wyciek występował w samym początku zupełnie nieregularnie i rozmaicie, od czasu do czasu tylko zauważano, że koszula bywała mniej lub więcej mokrą i lepką. Zauważono również, że wypływ obfitszy następował najczęściej po jakiejkolwiek pracy fizycznej, np. bieganie po schodach było zawsze powodem obfitej wydzieliny, dłuższy czas trwającej. Z drugiej jednak strony podaje chora, że mijały całe tygodnie, podczas których owo »uczucie moczenia« się nie powtarzało i koszula bywała zupełnie suchą. W późniejszych latach wydzielanie cieczy zaczęło występować już więcej okresowo, t. j. w pewnych mniej więcej stałych odstępach czasu. Równocześnie zauważyła chora, że każdorazowy okres wypływu poprzedzało dosyć znaczne obrzmienie warg sromnych, tak, że chora bywała najczęściej przez obecność tego objawu z góry przygotowaną na to, że wydzielanie wkrótce się zacznie.

Regularność rozpoczęła się już nieco przed trzynastym rokiem życia i od tego też czasu okresy, w których pojawiał się wypływ z warg sromnych występowały w coraz to bardziej stałych odstępach czasu. Wypływ rozpoczynał się mianowicie prawie stale przed rozpoczęciem się miesiączkowania i kończył się dopiero w kilka dni po ukończeniu regularności. Bywały jednakże miesiące, w których pomiędzy wypływem cieczy mlecznej a regularnością upływał pewien szereg dni; chora podaje wszakże z całą pewnością, że ilekroć okres wydzielania się płynu przypadał w czasie regularności, zawsze trwała wtedy regularność krócej i bywała o wiele skąpszą. Wpływ ruchu i wogóle pracy fizycznej na czas trwania wypływu bywał stale spostrzegany; nie można było tego twierdzić bynajmniej w kierunku jakiejkolwiek zależności wypływu od pewnych czynników psychicznych, jak podniecenia, pognębienia i t. p. Niekiedy, aczkolwiek rzadko, pojawiał się wypływ i dwa razy w miesiącu, w odstępach dwutygodniowych, wtedy jednakowoż bywał on znacznie skąpszy i o ile się zdaje, gęstszy. Chora podaje, jakoby ilość drobnych brodaweczek na wargach sromnych w ostatnich latach znacznie się zwiększyła, pewności jednakowoż w tym kierunku nie posiada.

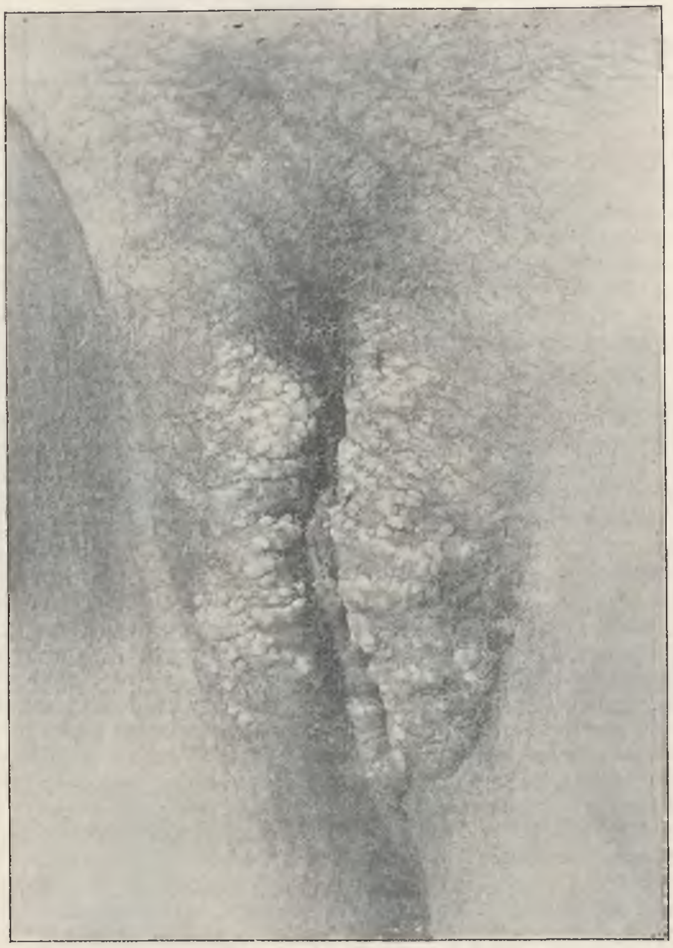
Wogóle cierpienie chorej na ogólny stan jej zdrowia nie wywierało i nie wywiera, zdaje się, żadnego wpływu; czasami tylko, kiedy wypływ jest bardzo obfity i trwa niezwykle długo, czuła się chora nieco znużoną i osłabioną. Stan ten mijał jednakowoż bardzo szybko. Apetyt bywał zawsze dobry, trawienie prawidłowe. Przed rozpoczęciem się okresu wypływu uczuwa chora zwykle lekkie swędzenie w zakresie warg sromnych, objaw, pojawiający się zawsze równocześnie z obrzmieniem warg, które go też zupełnie tłomaczy.

Stan obecny (p. fotografia).

Chora, przyjęta do kliniki dnia 7 listopada 1906, nie okazuje w narządach wewnętrznych zgoła żadnych nieprawidłowości. Powłoki zewnętrzne blade, na twarzy liczne piegi. Błona śluzowa warg i powiek blado różowa, jama ust i gardła bez zboczeń. Skóra warg sromnych większych w całości nieco zgrubiała, szczególnie w części środkowej i w pobliżu przedniego więzadła. Tkanka warg w czasie pierwszego badania miernie obrzmiała ciastowato. Powierzchnia obu warg nierówna, pokryta prawie w całości drobnemi wyniosłościami wielkości główki od szpilki do ziarna prosa, kształtu częściowo półkulistego, w części zaś stożkowatego. Guzki te sprawiają na pierwszy rzut oka wyraźne wrażenie tworów brodawkowatych, które tu i ówdzie ze sobą się zlewają, tworząc gdzieniegdzie duże, płaskie, gąbczaste wyniosłości, o powierzchni nierównej, znacznie wystające ponad powierzchnię skóry warg sromnych. Na niektórych guzkach dojrzeć można już gołem okiem drobniutkie włosowate otwory, z których przy ucisku wydobywa się kropla cieczy, do mleka podobnej.

[1]) Zwrócenie chorej do mojej kliniki zawdzięczam uprzejmości Kol. Dra Ehrenpreisa.

W innych miejscach, a przedewszystkiem w pobliżu więzadła tylnego wyglądają owe drobne wyniosłości nieco odmiennie. Są one tam wyraźnie połyskujące względnie przeświecające, białawe, przybierając wejrzenie pęcherzyków o stosunkowo cienkich ścianach, wypełnionych cieczą mleczną. Pęcherzyki te są miękkie, ale zarazem elastyczne, dosyć podatne, pozwalające przy silniejszym ucisku wygnieść z siebie całą treść zupełnie dokładnie, poczem jednak pęcherzyki wypełniają się w krótkim czasie na nowo i wyniosłości wyglądają znów jak dawniej. Już po wyciśnięciu płynu mamy przed sobą obraz drobniutkich zapadłych woreczków, zwisających nieco na powierzchni wargi.



Barwa skóry warg zasługuje na nazwę ciemniejszej od prawidłowej, a przy dokładnem badaniu widzimy, że najwięcej barwika zawierają same brodaweczki, czy też owe pęcherzyki, prócz tego najbliższe ich otoczenie w postaci przebarwionych pierścieni (*pigmentatio*); przestrzenie niezasiane wyniosłościami są o wiele jaśniejsze, szczególnie w częściach zewnętrznych.

Po mechanicznem usunięciu treści z przeważnej części brodaweczek obu warg, obrzmienie ich ustępuje na czas dłuższy lub krótszy. Jeżeli chora bezpośrednio po tem leży w łóżku, wargi obrzmiewają na nowo bardzo późno i ponowne wypełnienie brodaweczek długo na siebie daje czekać; rzecz ma się zupełnie przeciwnie, jeżeli chora stoi lub chodzi. Wogóle nie ulega najmniejszej wątpliwości, że owo »nabieranie warg« (wyrażenie chorej) pozostaje w niezaprzeczonej zależności od położenia chorej, względnie od ilości wykonanej pracy fizycznej.

Obwód obu ud równy, skóra w najbliższem sąsiedztwie części rodnych prawidłowa i elastyczna bez śladów najmniejszego obrzęku. Gruczoły udowe (*fossa ovalis*) nie powiększone, z gruczołów chłonnych pachwinowych tylko jeden po stronie prawej wyczuwalny, skóra nad nim łatwo przesuwalna i prawidłowa.

W naczyniach części rodnych i dolnej ściany brzucha nie ma żadnych nieprawidłowości, — nigdzie nie ma śladu żylaków.

Badanie gruczołów miednicy małej przez odbytnicę daje wynik ujemny. Macica lekko podana ku tyłowi. Błona dziewicza w zupełności utrzymana. Mocz nie zawiera żadnych składników nieprawidłowych.

Rozpoznanie wobec powyższego wyniku badania, nie sprawiało żadnych trudności. Jedyną sprawą, która mogłaby tu wchodzić pod względem rozpoznawczym prócz mleczotoku w rachubę, byłyby zbłąkane gruczoły mleczne. O tej nieprawidłowości z góry nie mogłoby być mowy, już choćby z tego powodu, że we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach wydzielanie mleka z owych gruczołów odbywało się tylko w czasie trwania ciąży i karmienia. Także i brodaweczki w tych przypadkach mają odrębne cechy. (O zbłąkanych gruczołach mlecznych w bliskości części rodnych znajdujemy w piśmiennictwie wzmiankę u Robertsa r. 1827).

Rozpoznawszy »wieloogniskowy mleczotok z części rodnych zewnętrznych«, poleciliśmy chorej na razie zupełny spokój. Chorą umieszczono w łóżku, a bezpośrednim skutkiem tego było sklęsknięcie warg i ustanie dalszego wydzielania płynu z warg sromnych.

Podczas pierwszych czterech tygodni pobytu chorej w klinice spostrzegano wielką rozmaitość w zachowywaniu się wypływu. Już w pierwszych dniach mogliśmy wobec tego, że chora zrazu wiele chodziła i wstępowała kilkakrotnie po schodach na drugie piętro, zebrać znaczną ilość wydzielającej się cieczy celem jej zbadania chemicznego. Po ułożeniu chorej w łóżku wydzielina odrazu ustała, a przy każdem badaniu zdołano wycisnąć zaledwie nieco cieczy z wypełnionych pęcherzyków. Kiedy po upływie dwu tygodni usiłowano zebrać znowu większą ilość płynu celem ponownego zbadania, musiano użyć metody aspiracyjnej. Dopiero po założeniu na wargi sromne kloszyka Biera, udało się uzyskać sporą ilość płynu, który zebrano do flaszki.

Wejrzenie cieczy, uzyskanej bezpośrednio z brodaweczek, jest zupełnie podobne do świeżo zebranego tłustego mleka. Ciecz świeża jest zupełnie biała, nieprzeźroczysta z odcieniem niekiedy wyraźnie niebieskawym. W ciepłocie pokojowej opadają wkrótce na dno naczynia duże kłęby skrzepów. Pod drobnowidem widzimy całe mnóstwo kulek tłuszczowych, odosobnione leukocyty i nabłonki, gdzieniegdzie ciałka czerwone. Zresztą nie znajdowano żadnych składników postaciowych.

Badanie chemiczne, wykonane w zakładzie chemii lekarskiej Uniw. Jagiell. (prof. dr L. Marchlewski), stwierdziło następujący skład:

Sucha pozostałość	8,61 $^0/_0$
Tłuszcze	2,89 $^0/_0$
Ciała białkowate	5,10 $^0/_0$
Sole nieorganiczne	0,72 $^0/_0$

Ciał rozpuszczalnych w eterze w ogólnej ilości 0,10 $^0/_0$, a w pośród nich kwas fosforowy, wskazujący na obecność lecytyny.

Chlorku sodu	0,42 $^0/_0$
Węglanu sodowego	0,34 $^0/_0$

Chodziło jeszcze obecnie o stwierdzenie, czy ciecz badana jest czystym mleczem, czy też mieszaniną limfy i mleczu. (Wiadomo, że także limfa, pochodząca z kończyn, może się stać mętną i mleczystą przez domieszkę tłuszczu, podobnie jak surowica krwi po bardzo w tłuszcze obfitujących pokarmach). Chorej przepisano dyetę o ile możności pozbawioną tłuszczów i po dwu tygodniach ponowiono badanie świeżo uzyskanej cieczy.

Już badanie drobnowidowe stwierdzało naprzemian po zastosowaniu dyety jednej lub drugiej zanadto znaczną ilość limfocytów, aby ciecz mogła być czystą limfą.

Ponowne badanie stwierdziło:

Sucha pozostałość	6,20%
Tłuszcze	2,80%
Ciała białkowate	3,52%

Ani przy pierwszem, ani przy drugiem badaniu nie zdołano wykryć obecności cukru, ani peptonu. Pierwsze badanie stwierdziło tylko ślad albumozy.

Wiadomo powszechnie, że wyniki badań mleczu, względnie mieszaniny mleczu i limfy, wykonane przez rozmaitych autorów, bardzo się pomiędzy sobą różnią. Mlecz jako taki, który mieści się tylko w naczyniach chłonnych przewodu pokarmowego, daje się bez domieszki limfy (t. j. zanim się z limfą połączy) w tak małych uzyskać ilościach, że już wielokrotnemu badaniu stoją na przeszkodzie pewne trudności. Już w samych początkach naczyń mleczowych, t. j. w kosmkach, spotykano nieliczne komórki limfatyczne; liczba ich wzmaga się już znacznie po drugiej stronie ściany jelita, a w jeszcze wyższym stopniu następuje to po przejściu cieczy przez gruczoły krezkowe. Przeciwnie zachowuje się w mleczu stosunek części stałych; liczba ich po dokładnem i obfitem trawieniu zrazu bardzo wysoka, zmniejsza się, skoro tylko mlecz zdążył się już zmieszać z limfą. Po spożyciu tłuszczów znajdujemy w mleczu sporo kulek tłuszczowych, które się w dalszej drodze limfy gubią i prawie znikają (Landois). W mleczu znajdowano nadto: cukier (według Colina w ilości do 2%), pepton związany z leukocytami, ferment diastastyczny (Grohe), sole kwasu mlecznego po spożyciu skrobi (Lehmann), ślady mocznika i leucyny (Wurtz). Badanie dokładne mleczu (według Landoisa) stwierdziło przy 90,5% zawartości wody skład następujący: ciała stałe 9,5, mianowicie białka 7,1, tłuszczów 0,9, istot wyciągowych 1,0, soli 0,4.

W przypadku naszym zasługuje na uwagę nadto jeszcze jedna okoliczność, że barwa uzyskiwanego w rozmaitych okresach płynu bywała jednak zawsze jednaka. Uwzględniając owe różnice składu chemicznego, czasami bardzo wybitne, stwierdzone przez różnych autorów, a zależne przeważnie od okresów trawienia i dyety, nie wątpimy, że w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z czystym mleczem.

Wśród badania chorej zauważyłem od czasu do czasu kroplę owej mlecznej cieczy, zatrzymującą się w otoczeniu lub w ujściu cewki moczowej. Po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że nie chodzi tutaj prawdopodobnie o ciecz, wypływającą z wnętrza cewki, lecz o krople, spływające z warg i zatrzymujące się przez czas jakiś w fałdzie okołocewkowym. Z drugiej jednak strony niepodobna było wyłączyć zupełnie możliwości, że niektóre przestwory chłonne, wypełnione mleczem, miały swe ujście w ścianie cewki moczowej a przedewszystkiem w okolicy samego ujścia zewnętrznego. Mocz (z wyjątkiem może pierwszych kilku kropli) był zawsze zupełnie jasny, bez żadnej domieszki cieczy mlecznej. Nie było tu zatem bezwarunkowo mowy o mleczomoczu *(Chyluria)*, ale tylko i wyłącznie chodzić mogło o mleczotok *(Chylorrhoe)*, chociażby i z możliwością ujścia przewodów do ścian cewki moczowej.

Już w tydzień po przyjęciu chorej do kliniki wycięto dwie brodawki z lewej wargi sromnej w celu badania histologicznego. Obraz histologiczny wyciętej tkanki przedstawia zmiany, których się już z góry spodziewać było można i na które niektórzy autorowie już częściowo zwracali uwagę. Nasze obrazy zgadzają się mniej więcej z obrazami, podanymi przez Matzenauera i Bornemanna. Naskórek w zagłębieniach międzybrodawkowych przeważnie nieco ścieńczały, przestrzenie międzybrodawkowe zaś szerokie i płytkie. Główną uwagę zwracają na siebie bardzo liczne różnej wielkości przestwory, wysłane wyraźnym śródbłonkiem, porozmieszczane częściowo w samem utkaniu brodawek, przeważnie jednak w tkance niżej położonej.

Niektóre, zupełnie małe okrągłe przestwory, podobne do zamkniętych drobnych torbieli, leżą w wielu miejscach bezpośrednio pod wyraźnie ścieńczonym naskórkiem. Treść tych przestworów przedstawia się przy dużem powiększeniu jako masa bardzo drobno i jednostajnie ziarnista, dająca wszędzie wyraźny odczyn tłuszczowy; gdzieniegdzie znajdujemy w niej odosobnione leukocyty (w przestworach większych), tu i ówdzie ciałko czerwone. Kształt tych przestworów na przekroju przeważnie owalny, niekiedy okrągły. Wiele z nich wyrasta w rozmaitych kierunkach w długie wypustki, które spotykając się z podobnemi wypustkami, zdążającemi do przestworów niżej położonych, zamykają w ten sposób duże lub mniejsze wysepki wiązek klejorodnych. Szczególnie w tkance, położonej tuż pod brodawkami, znajdujemy liczne wązkie i pokręcone kanały, mające wyraźne połączenie z niżej położonemi, bardzo szerokiemi naczyniami limfatycznemi. Przestwory rozmieszczone tuż pod brodawkami, są wogóle przeważnie mniejsze od niżej położonych. W niektórych miejscach odnosi się się wprost wrażenie, iż duże przestwory limfatyczne o brzegach zupełnie nieregularnych powstały z sąsiadujących mniejszych po zniszczeniu i pęknięciu ich ścianek. Dokoła skrzepłą treścią przepełnionych przestworów widzimy w tkance otaczającej liczne gromadki komórek drobnych w grubszym lub węższym pierścieniu. Przestwory same, a przedewszystkiem węższe, wysłane wyraźnym śródbłonkiem, który w wielu miejscach wystaje ku światłu naczynia. Naczynia krwionośne miejscami porozszerzane, na przekroju otoczone warstwą nacieku drobnokomórkowego, biorą, jak się zdaje, również do pewnego stopnia udział w całej sprawie. W niektórych miejscach zwraca uwagę obraz, zupełnie podobny do obrazu udaru. Spostrzegamy duży przestwór o zarysach nieregularnych, na zewnątrz, t. j. ku tkance otaczającej zupełnie otwarty; ściana przestworu, nadmiernie przepełnionego treścią, uległa przerwaniu, a treść wylewa się przez w ten sposób powstały otwór do tkanki okołonaczyniowej. Niektóre przestwory, nizko rozmieszczone, pozostają w bezpośredniej łączności z cienkimi kanałami, które przebiegają pomiędzy brodawkami ku powierzchni, a którymi wydostaje się mlecz wprost na zewnątrz. Te wązkie kanały są wysłane przeważnie aż do samej granicy ciała brodawkowego śródbłonkiem i przechodzą bezpośrednio na wysokości warstwy naskórkowej w uchyłki w postaci stożków, zwróconych podstawą ku powierzchni. Uchyłki te stanowią zewnętrzne ujścia mleczu w tworach brodawkowych warg sromnych, a wysłane są aż do samego niemal dołu wielowarstwowym naskórkiem zrogowaciałym. Złogi naskórkowe, które z powierzchni schodzą do uchyłka, wypełniają go gdzieniegdzie całkowicie, tworząc na szczycie znane perły rogowe. Dolne pokłady komórek sieci Malpighiego zawierają dosyć sporą

ilość barwika. Tkanka łączna części podbrodawkowej zupełnie prawidłowa, w otoczeniu dużych przestworów chłonnych przepojona limfą i obfituje dokoła naczyń w liczne naciski drobnokomórkowe.

Wracając do etylogii naszego przypadku, musimy jeszcze dodać, że *lymphorroe genitalium* w ścisłem tego słowa znaczeniu już o tyle musiała być wyłączoną, o ile wpływ cieczy żadnej nie doznawał zmiany ani przez wysokie ułożenie, ani przez ruchy bierne, ani wreszcie przez ucisk poniżej granicy warg sromnych. Natomiast zauważono, że wypływ zwiększa się wybitnie, jeżeli chora długo stoi, lub jeżeli zastosujemy ucisk na ścianę brzuszną. Już z góry wyłączyć musieliśmy wszystkie ogólnie znane czynniki, wiodące do rozszerzenia przewodów mleczowych, względnie do mleczotoku. I tak wyłączono przedewszystkiem postać właściwą krajom gorącym *(Filaria, Eustrongylus, Distomum, Taenia nana).* Dokładne wywiady pozwalały stanowczo na wyłączenie wszelkiego urazu, którego następstwa mogłyby stan taki usprawiedliwić. Bardzo nieprawdopodobnem byłoby przypuszczenie jakiejś przebytej sprawy w narządach wewnętrznych, która czyto drogą następowej blizny, czy też ucisku, miałaby wywoływać przemieszczenie z częściową niedrożnością dróg mleczowych, względnie chłonnych. Badanie pozwala przynajmniej na wyłączenie wszelkiego guza w zakresie jamy brzusznej. Nadto brak zupełnie objawów kiły nabytej lub wrodzonej.

Sprawa, mogąca wywoływać wypływ mleczu z poroszerzanych naczyń chłonnych drogą warg sromnych, może polegać w naszym przypadku albo na miejscowej niedrożności w układzie limfatycznym powyżej wpływu pnia jelitowego *(truncus intestinalis)* do przewodu piersiowego, albo też na nieprawidłowem połączeniu pomiędzy naczyniami chłonnemi jelitowemi i lędźwiowemi przy równoczesnem utrudnieniu odpływu limfy ku górze. Jak wiadomo, zabiera przewód piersiowy limfę z dwu symetrycznych pni lędźwiowych *(trunci lumbales)*, które zbierają limfę z uda i części rodnych i z nieparzystego pnia jelitowego, doprowadzającego mlecz z jelita. Pomiędzy powyższymi pniami mogą istnieć połączenia, którymi może się cofać mlecz z części jelitowej i szukać sobie drogi odpływu przez części rodne.

Na obecność podobnych nieprawidłowości, tj. na możliwość podobnych połączeń powyżej wymienionych pni limfatycznych i to szczególnie po stronie lewej zwróciło już uwagę kilku anatomów, a przedewszystkiem Luschka. W naszym przypadku należałoby nadto przyjąć, że wydzielany na zewnątrz płyn nie przechodził poprzednio przez duże gruczoły krezkowe.

O ile mi z dostępnego piśmiennictwa wiadomo, znany jest dotychczas zaledwie jeden przypadek, (mianowicie Petersa), w którym rozpoznanie mleczotoku znalazło zupełne wyjaśnienie w autopsyi. Sekcya w tym przypadku stwierdziła zrosty wszystkich narządów w miednicy małej, co wywoływać musiało ucisk na wszystkie naczynia mleczowe. Prąd mleczu, który prawidłowo u człowieka stojącego płynie dośrodkowo i prostopadle ku górze, musiał torować sobie drogę tam, gdzie parcie było niższe, aniżeli w miednicy małej. W ten sposób bieg mleczu musiał stać się wstecznym, t. j. w kierunku części rodnych zewnętrznych. I tu także wypływ następował w zakresie warg większych.

Simon ogłasza przypadek z kiniki lekarskiej w Heidelbergu z rozpoznaniem *Chylothorax dexter et lymphangiectases extremitatis sinistrae* (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1900 Bd. V). W przypadku jego chodziło o stałe obrzmienie lewej kończyny. Sekcya stwierdziła duże, jamiste rozszerzenie naczyń chłonnych, które rozpoczynały się w udzie i towarzyszyły ku górze dużym naczyniom krwionośnym aż do zbiornika mleczu *(cisterna chyli)*, a stąd pozwalały się śledzić dalej do śródpiersia i do jamy opłucnej prawej. Przewód piersiowy był w tym przypadku silnie uciśnięty.

W przypadku naszym ani wywiady, ani wynik badania nie nasuwają przypuszczenia jakichś zmian, wiodących do ucisku w zakresie miednicy małej. W dostępnem mi piśmiennictwie znajduje się około dwudziestu przypadków naczyniaków chłonnych, względnie przypadków upływu limfy w najrozmaitszych postaciach, w których ciecz wydzielana miała cechy cieczy mleczystej. Otóż z liczby ogólnej wszystkich tych przypadków chodzi jedynie w przypadkach Leberta, Petersa, Hensena i Cartera niewątpliwie o mlecz.

Jakkolwiek nie mamy prawa w przypadku naszym wyłączyć stanowczo jakiejś sprawy, mogącej być przyczyną przemieszczenia względnie ucisku przewodów mleczowych, co mogłoby wywoływać wprost i bezpośrednio cofanie się cieczy w tych przestworach, to jednak odnośnie do tego, co już powyżej przytoczyłem, pozostawić musimy ten domysł na ostatnim planie. Mamy natomiast wszelkie dane, zgodnie ze zdaniem Esmarcha, Langhansa, Hafekorna i Bornemanna, przypuszczać, że jednak przyczyną opisanego cierpienia jest wadliwe ukształtowanie dróg limfatycznych w znaczeniu wywodów anatomów (Luschka) o których wyżej wspomniałem.

Dla dokładności muszę nadmienić, że ranka, powstała na wardze sromnej po wycięciu małego kawałka skóry (celem badania drobnowidowego), goiła się bardzo powoli i w nader niekorzystnych, a od nas niezależnych, warunkach. Wygojenie nastąpiło dopiero po upływie kilku tygodni i to oczywiście przez zagojenie się pośrednie *(per secundam intentionem).* Przyczyna tego leżała bezwarunkowo i bezsprzecznie w nieustannem nasiąkaniu ranki mleczem. Wydzielina dostawała się niemal bez przerwy przez szwy na zewnątrz i unosiła brzegi ranki ku górze. Chora wyszła też z małą przetoką mleczową do domu. Kiedy po trzech miesiącach miałem sposobność powtórnie badać chorą, przekonałem się, że ranka po wycięciu skrawka niemal w zupełności się zabliźniła z wyjątkiem drobnego otworu środkowego, z którego wydzielał się mlecz dużemi kroplami.

Sprawa leczenia mleczotoku schodzić musi do rzędu czysto teoretycznych rozumowań. Wszelka kauteryzacya brodawek, czy to w postaci galwanopunktury, czy też jako przyżeganie, zdaje się już z góry wobec co dopiero wymienionych niekorzystnych warunków gojenia przeciwwskazaną. Malherbe polecał w celach leczniczych mierny, lecz o ile możności stały ucisk odpowiednich części skóry i tkanki podskórnej i przytacza przypadek częściowego wyleczenia sprawy chorobowej w ciągu lat trzech. Zdaniem mojem zasługiwałoby na uwzględnienie w podobnych przypadkach użycie elektrolizy, któraby polegała na wprowadzeniu ka-

tody zakończonej igłą do poszczególnych otworów, względnie pęcherzyków, przy zastosowaniu bardzo słabych prądów i to w okresie ustania wydzieliny. Pożądany cel leczenia stanowiłby częściowy zanik poszczególnych przewodów z pomocą świeżo wytworzonej tkanki łącznej.

O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.

(Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu 1907).

Przez

Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

I.

Dwoma najważniejszymi momentami w obecnej walce z gruźlicą, zarówno z punktu społecznego, jak i klinicznego są: wczesne rozpoznanie sprawy chorobowej i wczesne, zgodne z pojęciami obecnej terapii gruźliczej, leczenie.

Pomimo wydoskonalenia metody fizycznego badania płuc w ciągu ostatnich 3 lub 4 dziesiątków lat, w czem duża zasługa przypada szkole sanatoryalnej, wszyscy świadomi rzeczy specyaliści jednozgodnie narzekają na niedostateczność tej metody. Gdy chodzi o głębsze ukryte ogniska, które pozwalają przypuszczać swe istnienie całym szeregiem ubocznych zjawisk, jak np. nieznaczne podupadnięcie ogólnego odżywienia ustroju, lub nie wielkie, ale stałe i nie dające się bliżej wytłómaczyć, wzniesienia ciepłoty — rozpoznanie jest trudnem.

Z drugiej znów strony sama metoda leczenia higieniczno-dyetetyczna została ostatnimi czasy zakwestyonowana. Ma ona wprawdzie za sobą przeszło pół wieku doświadczenia i oparta jest na realnym gruncie swych własnych wyników. Tem zaś stworzyła sobie zasłużone i powszechne uznanie.

Zdawało się, że po bankructwie »farmaceutycznego« leczenia gruźlicy płuc panowała ona niepodzielnie w całym świecie cywilizowanym[1]). A jednak poddano ją ostatnimi czasy dość ostrej krytyce z dwóch punktów widzenia. Raz ze społecznego stanowiska, z racyi, że świetne na pozór wyniki przy opuszczaniu sanatoryów przez chorych z biegiem bliskich już lat liczbowo maleją. Tu pozwolimy sobie przypomnieć obszerne polemiki w prasie fachowej niemieckiej po ogłoszeniu statystyki Engelmana i Reichego, które się odbiły i w naszej prasie (36). Następnie, w miarę olbrzymich naukowych prac nad gruźlicą w ostatnich latach, w miarę postępu wiedzy bakteryologicznej, skuteczność stosowania wyłącznego metody higieniczno-dyetetycznej uległa wątpliwości ze stanowiska czysto naukowego, z punktu widzenia nowych pojęć o uodpornieniu ustroju na zarazki i ich toksyny.

Genialne odkrycie Kocha w 1890 r. otworzyło nowe drogi. »Najzawziętsi przeciwnicy muszą mu to przyznać« — powiada Chełchowski (41). Wracając do zasadniczych kwestyi, wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc oraz wczesnego skutecznego swoistego leczenia, możemy powiedzieć, iż obracają się one około dwóch głównych osi: tuberkulina (lub tuberkuliny) Kocha i sero-dyagnostyka Arloinga i Courmonta. Wszystkie inne tuberkuliny nie są niczem innem, jak przeróbkami lub odmianami pierwotnego preparatu, wynalezionego drogą genialnych pomysłów przez Kocha.

Stara tuberkulina Kocha, opisana w pracy jego »Weitere Mittheilungen etc.« Deut. M. Woch. 1890 N. 46 a — nowa, opisana w »Neue Tuberkulinpraparate« D. M. Woch. 1897 N. 14 i jeszcze nowsza w »Ueber die Agglutination etc.« D. M. Woch. 1901 N. 48. — Będziemy je nazywali następującym sposobem:

1) Stara tuberkulina — T (wedle nomenklatury Kocha i C. Spenglera).

2) Warstwa powierzchowna preparatu 1897 r. — TO. Osad z niego, czyli »nowa tuberkulina« — TR.

3) Nowa tuberkulina 1901 r. (zawiesina laseczników) BE (»Bacillenemulsion«).

4) Tuberkulina bydlęca C. Spenglera — PTO (wedle nomenklatury C. Spenglera).

5) »Bouillon filtré« Denysa — BF.

6) Tuberkulina Beranecka — TBK (wedle nomenklatury Sahliego).

7) Laseczniki gruźlicy ludzkiej — TBC.

8) Laseczniki perlicy — PTBC.

Nad metodą Arloing-Courmonta długo zatrzymywać się nie będziemy. Jako środek rozpoznawczy została ona niemal odrzuconą w Niemczech w szeregu prac pierwszorzędnych uczonych i klinicystów, jak Koch (120), Beck i Lidia Rabinowicz (12), Bandelier (32), Fischer (74) i w. i.

Wszyscy jednogłośnie dochodzą do wniosku, że metoda Arloinga-Courmont daje wyniki bez wątpienia ujemne u chorych na gruźlicę, dodatnie zaś u ludzi zupełnie zdrowych. Jeden tylko Romberg (197) w Niemczech wydaje się być zwolennikiem i to bardzo względnym tej metody[2]).

W naszej literaturze znajdujemy bardzo poważną, na podstawie własnych doświadczeń przeprowadzoną krytykę sero-dyagnostyki przez Eisenberga i Kellera (50). W pracy ich szeroko została uwzględniona literatura tej sprawy. — Karwacki (135) również twierdzi, że aglutynacya może się zdarzać u ludzi wolnych od gruźlicy i nie pojawić się u chorych, dotkniętych wyraźną gruźlicą.

Pozostają więc tuberkulina Kocha i niektóre jej odmiany, któremi się bliżej zajmiemy. Aby wyświetlić w następstwie cały szereg zagadnień spornych i uwydatnić całą doniosłość gorącej polemiki wśród ftyzyoterapeutów na gruncie tej sprawy pierwszorzędnej wagi, musimy się zwrócić do pierwotnego źródła, do pierwszych prac Kocha, a więc: prace dotyczące T (1890 r.), prace dotyczące TK i TO (1897) i prace o aglutynacyi (1901 r.) — tamże wzmianka o ostatnim preparacie BE.

Jako najbardziej wybitną cechę T uważa Koch jej swoiste działanie, które określa następującymi słowy: »najważniejszą właściwością tuberkuliny jest jej swoiste działanie na sprawy gruźlicze, jakiegobykolwiek rodzaju one były[3])« (116). A więc nietylko gruźlica płuc, ale gruźlica gruczołów, ukryta gruźlica kości, wątpliwa gruźlica skóry itd.

---

[1]) O leczeniu lekarstwami, jako swoistem dla gruźlicy, mówić nie będziemy. Księgi jego, po całych wiekach prób, już są zamknięte. Na Zjeździe w Berlinie w 1899 r. taki znany specyalista farmakolog, jak Kobert, wyraźnie oświadczył, że żadnych swoistych leków na gruźlicę nie posiadamy, a najlepszym środkiem leczniczym jest metoda higieniczno-dyetetyczna. Niedawno jeszcze dosadniej tę rzecz sformułował Renzi (209). »Lekarz-specyalista nie powinien zapisywać żadnych leków na gruźlicę. Do wniosku takiego dochodzą najlepsi badacze tej choroby w najnowszych swych dziełach«.

[2]) Na Kongresie paryzkim w 1905 r. cały szereg klinicystów, Hawthorn, Bard et Humbert, Saburéanu, Salmon i inni, opierając się na materyale dotyczącym setek chorych, przychodzą do wniosku, że dodatni wynik serodyagnostyki odgrywa wielką rolę w rozpoznaniu gruźlicy (Congrés Inter. de Tuberculose T. I, str. 337—373).

[3]) Nie będziemy opisywali szczegółów przygotowania starej tuberkuliny, gdyż są to rzeczy powszechnie znane z prac Kocha. Tutaj pragnęlibyśmy przypomnieć, że już przed Kochem w 1890 r., a w każdym razie niezależnie od niego, Helman (98) i Bujwid (18) przygotowali wyciągi z hodowli laseczników gruźlicy w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu u M. Nenckiego (Bujwid rozpoczął swe doświadczenia w Warszawie, a ukończył w Petersburgu). Pierwszy hodował TBC na pożywce z kartofli, drugi na agarze glicerynowym. Wyciągi z hodowli stosowali u zwierząt i otrzymywali skutki bardzo podobne do działania starej tuberkuliny Kocha.

Swoiste działanie spostrzegał i opisał dokładnie na toczniu skóry. Szczegółów nie podajemy. Znajdują się one w dawnej, bardzo wyczerpującej pracy Chełchowskiego (41). Krótką, ale treściwą wzmiankę znajdujemy w nowej pracy Dębińskiego (47). Działanie to, jak wiadomo, polega w swych końcowych wynikach na martwicy i wydaleniu tkanki gruźliczej z ustroju. Takie działanie tuberkuliny uważał Koch za sprawę leczniczą, za proces gojenia się ognisk gruźliczych. Takie same zmiany jak w toczniu, powinny były, zdaniem jego, zachodzić i w płucach. »Trzeba przyjąć — powiada on — że w płucach, jak w toczniu odbywają się podobne zmiany« (116). A później w uzupełnieniu dodaje rzecz wielkiej wagi, a mianowicie: »Zaznaczam, że nie chodzi o zabicie znajdujących się w tkance laseczników, lecz o to, że tkanka zawierająca je, jest przez tuberkulinę zaatakowana«. A wreszcie powiada: »Tuberkulina niszczy tkankę gruźliczą, lecz tylko w pewnych granicach, tj. tylko żywotną tkankę gruźliczą, lecz nie martwą już, jak np. obumarłe, zserowaciałe, zmartwiałe masy kości i t. d.« (116). Z tych właściwości działania tuberkuliny wypada wedle Kocha wysoce szczególne jej zachowanie się, a mianowicie: »że może być stosowaną w bardzo szybko wzrastających dawkach«. We 3 tygodnie można dojść do dawki 500 razy większej od początkowej. — Jednocześnie z działaniem miejscowem opisał Koch szczegółowo odczyn ogólny, jaki wywołuje tuberkulina w ustroju, dotkniętym gruźlicą, podkreślając wielką w tym względzie różnicę między świnką morską, a człowiekiem. »Obliczając w stosunku do wagi ciała, już $^1/_{1500}$ część tej ilości tuberkuliny, która nie wywiera żadnego widocznego wpływu na świnkę morską, działa bardzo silnie na człowieka« (116). Wszystkie znów szczegóły tego odczynu opisał na samym sobie, po wstrzyknięciu 0,25 ctm.^{3}. Ale dalej Koch zaznacza, że tuberkulina wywołuje odczyn nietylko u gruźliczych, ale i u zdrowych ludzi. Jako granicę uważa on dawkę 0,01 ctm.^{3}. Przy tej dawce u większej części ludzi zdrowych występują lekkie bóle w członkach, szybko mijające niedomaganie, wreszcie ciepłota podnosi się do 38^0 i wyżej. Na tę samą dawkę oddziaływają dotknięci gruźlicą zwykle w 4—5 g. po wstrzyknięciu dreszczami i podniesieniem się ciepł. do 39^0 często do 40^0 a nawet do 41^0, przyczem następuje wielkie niedomaganie, pobudzenie do kaszlu, ból w członkach, często nudności i wymioty, czasem żółtaczka lub podobne do odry wysypki i t. d. Taki stan trwa kilkanaście godzin. Jednem słowem następuje wielkie zaburzenie w ustroju. Ponieważ odczyn taki występował bez wyjątku »przy jakiejkolwiek sprawie gruźliczej w ustroju«, więc stąd wniosek, że »tuberkulina jest niezbędnym środkiem rozpoznawczym« (116).

Działanie swoiste tuberkuliny opisał u nas dokładnie Bujwid w swych doświadczeniach nad zwierzętami. Jako główne wyniki tych doświadczeń podaje on, że zwierzęta zdrowe są bardzo mało wrażliwe w przeciwieństwie do chorych na gruźlicę, u których pod wpływem tuberkuliny owrzodzenia gruźlicze mogą być zupełnie wygojone, zaś rozwój gruźlicy może być na pewien przeciąg czasu powstrzymany. Świnki morskie np. żyły 7—8 miesięcy. Po śmierci znaleziono w ogniskach gruźliczych bardzo mało laseczników (19, 20, 25).

Jaki ma być sposób postępowania przy stosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych, o tem później pomówimy, a teraz wracamy do samego leczenia, pytając odrazu z punktu klinicznego: 1) jakie są wskazania, czyli jakie okresy chorób płucnych nadają się do leczenia, 2) jakie dawki i jak mają być stosowane lub zmieniane stosownie do stanu chorego, 3) jakie mianowicie wyniki daje podobne leczenie. — Tutaj z góry musimy zaznaczyć, że znajdujemy u Kocha wiele rzeczy sprzecznych i zdaje się nam, że z tego wynikł cały szereg następstw, szkodliwych dla samej sprawy tuberkuliny. W jednem miejscu Koch powiada: »Punkt ciężkości nowej metody leczniczej polega na możliwie wczesnem jej stosowaniu. Początkowe okresy suchot winny być właściwym przedmiotem leczenia tuberkuliną, a wtedy może ona wykazać w całej pełni swe skutki« (116). Z niemi na równi postawioną jest gruźlica chirurgiczna. W uzupełnieniu takiej tezy dodaje, że nie trzeba schematyzować i stosować bez różnicy tuberkulinę u wszystkich gruźliczych. Pomimo to w tejże samej pracy wyraźnie powiada, że dzięki tuberkulinie chorzy »z jamami gruźliczemi nie zanadto wielkiemi doznali znacznego polepszenia i byli prawie wyleczeni« (116). Nawet chorzy »z licznemi i dużemi jamami doznawali podmiotowego, wprawdzie przejściowego, polepszenia w znacznej większości przypadków, dzięki tuberkulinie (zmniejszenie wydzieliny, lepsze samopoczucie i t. d.)« (116). Jeżeli zaś nie nastąpiło polepszenie przedmiotowe w płucach, to z racyi obecności w jamach drobnoustrojów ropotwórczych i dużych już zmian patologicznych w innych narządach.

Przytoczywszy zapatrywania Kocha pytamy, czy wskazania dla stosowania tuberkuliny są jasno i wyraźnie sformułowane? Czyż zestawienie to nie wskazuje, że wolno wyjść, nie krępując się, daleko po za ramy pierwotnego okresu suchot i gruźlicy chirurgicznej? Rzeczywistość odpowiedziała na te pytania. Zwolennicy Kocha uporczywie twierdzą, że myśli mistrza nie zostały należycie zrozumiane, że w owym pamiętnym okresie (1890 — 1891) trzeba było stosować tuberkulinę tylko we wczesnych okresach gruźlicy. Nie można przecie całemu szeregowi znakomitych klinicystów robić zarzutu, że lekkomyślnie i nieostrożnie stosowali tuberkulinę, skoro nie było wyraźnych wskazowek od twórcy metody.

Przejdźmy teraz do dawkowania. Dla tocznia, dla gruźlicy gruczołów, kości i stawów wyznaczył Koch początkową dawkę 0,01 ctm.^{3}. Dawkę tę należy po ustaniu wszelkiego odczynu, co 1 — 2 tygodni powtarzać i iść w takim porządku dalej.

Tym sposobem w miarę powtarzania dawek, odczyn staje się coraz słabszy, aż wreszcie zupełnie znika. Jako skutek takiego postępowania wypada: »szybkie wyleczenie w świeżych przypadkach i zwolna postępujące polepszenie w ciężkich« (116).

Od takiej samej dawki zaczynał Koch u suchotników. Ponieważ jednak okazała się za duża, więc zniżył ją do 0,002 ctm.^{3}, a nawet do 0,001 ctm.^{3}, »gdyż suchotnicy, jak powiada — prawie stale na te dawki oddziaływają«. Słowo »oddziaływają« podkreślamy.

Dalsze postępowanie jest następujące: Z reguły, jeśli po 0,001 następowało podniesienie ciepłoty, to ta sama dawka powtarzała się codziennie tak długo, dopóki odczyn nie ustąpił[4]). Wtedy przechodziło się do 0,002, powtarzając, dopóki odczyn nie zniknął. I znów stopniowo 0,0001 więcej przy każdej dawce, aż do maksymalnej dawki 0,01 lub wyżej. »Takie łagodne postępowanie — powiada Koch — wydało mi się najbardziej wskazanem u takich chorych, ktorych stan ogólny był słabszy. Tym sposobem chory niemal bez wzniesienia ciepłoty i niepostrzeżenie dla siebie mógł dojść do dużych dawek środka« (116). Niektórzy silniejsi chorzy byli leczeni od początku bądź większemi dawkami, bądź też forsownem ich podnoszeniem i »zdawało się« — powiada Koch — »jakoby pomyślny skutek odpowiednio wcześniej się zjawiał«.

Już wyżej wspomnieliśmy, że zmiany w płucach pod wpływem tuberkuliny odpowiadają zmianom w toczniu skóry. Wyrażają się one na zewnątrz całym szeregiem objawów przedmiotowych i podmiotowych. Po pierwszych wstrzykiwaniach kaszel i plwocina zwiększają się, później zaś zmniejszają się i znikają. Plwocina z ropnej zmienia się na śluzową. Jednocześnie ilość laseczników się zmniejsza, znikają poty, waga się zwiększa, stan ogólny chorego polepsza się.

---

[4]) Tutaj także pewna sprzeczność w zestawieniu z dalszemi pracami Kocha; mówiąc o TR tak powiada: »gdy przy starej tuberkulinie, a także TO w celu otrzymania efektu leczniczego musi być wywołany odczyn, przy TR trzeba go unikać itd.« (121). Na pytanie, dlaczego tam wypada wywołać, a tu unikać odczynu, odpowiedzi nie znajdujemy.

Ostateczne skutki leczenia określa Koch w tych słowach: »Wszyscy chorzy znajdujący się w początkowym okresie zostali w ciągu 4—6 tygodni uwolnieni od wszelkich objawów chorobowych tak, że można było uważać ich za wyleczonych« (116).

W kilka miesięcy potem Koch określił bliżej właściwości tuberkuliny, a mianowicie, że zawiera ona pewną ilość substancyi zmartwiającej (nekrotyzującej), wskutek czego przyspiesza obumieranie dokoła ognisk gruźliczych, a tem samem z jednej strony uniemożliwia na takim niepodatnym gruncie rozwój laseczników, z drugiej ułatwia wydalanie tkanki obumarłej. Jest ona: »substancyą, której działanie na ustrój, dotknięty gruźlicą, znacznie przewyższa działanie wszystkich nam znanych dotąd i najsilniej działających środków leczniczych«[5]) (118).

Natomiast skutki lecznicze wyglądały wówczas cokolwiek skromniej, niż na początku. Na podstawie własnego doświadczenia i wiadomości listownych udzielonych mu przez lekarzy powiada, że tuberkulina »daje mniej lub więcej daleko idące polepszenia i w niemałej ilości przypadków nawet wyleczenie« (118). To »nawet« jest zastrzeżeniem wielce charakterystycznem. Istotnie, gdy wglądniemy do ówczesnej fachowej literatury niemieckiej, to słowo »nawet« da się obrócić w innym kierunku, a mianowicie, że tuberkulina sprowadza rzadko kiedy polepszenia, częściej zaś mniej lub więcej daleko idące pogorszenia, a nawet śmierć. Wszystkie pozycye ówczesnego bilansu tuberkuliny zostały zestawione w bardzo cennej pracy Hammena, do której ciekawych odsyłamy (97). Tu zaś chcemy przypomnieć polskim czytelnikom najbardziej ciekawe wypadki z tuberkuliną, oraz opinie znanych uczonych i klinicystów.

II.

Na pamiętnych posiedzeniach Tow. Lek. Berlińskiego w styczniu 1891 r. cały szereg znakomitych anatomo-patologów z Virchowem na czele, wykazał na obfitym materyale sekcyjnym wszelkie zgubne skutki ówczesnej metody tuberkulinowej. Pozwolimy sobie zanotować ważniejsze: Zaznaczamy tu: Świeże i liczne owrzodzenia jelit (Virchow). Przebicie opłucnej z następczą odmą u 25-letniego silnego studenta po 9 wstrzyknięciach (Virchow). Niezwykle wybitna gruźlica prosówkowa w płucach, śledzionie, wątrobie i nerkach u 54-letniego człowieka, dotkniętego prawostronnem zapaleniem opłucnej, przy dobrym stanie ogólnym, bez gorączki i utraty wagi. Śmierć nastąpiła po 5 wstrzyknięciach w dawkach każdorazowych 0,005 gr. i w następujących odstępach czasu: 26/XI, 1/XII, 10/XII, 31/XII 1890 i 9/I 1891. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota podnosiła się do 40° i od pierwszego wstrzyknięcia gorączka ciągła (Virchow) (245 i 246). A dalej przedstawienia na tychże posiedzeniach Tow. Lek. następujących przypadków: Chora, dotknięta gruźlicą dziąseł i dwoma owrzodzeniami przegrody nosowej. Po 23 wstrzykiwaniach (ostatnia dawka = 0,013), którym towarzyszyły ciepłoty dochodzące do 40,9°, wielkie obrzmienie w całym nosie i na dziąsłach, wydzielanie się obumarłych strzępów i nowe gruzełki w głębi tkanek, wreszcie raptowne zaczerwienienie i pokazanie się szarych gruzełków na lewym łuku i na lewym migdale (B. Baginsky) (13). Ograniczona gruźlica języka, po wstrzykiwaniach tuberkuliny obrzmienie i naciek zwiększają się, owrzodzenia rozszerzają się (Albert Fränkel) (62). W gruźlicy krtani obok polepszeń znaczne pogorszenie i ostre rozszerzenie się sprawy po 18 wstrzyknięciach (razem 0,06 gr.). Tenże autor w innem miejscu tak powiada o krtani: »W przebiegu wstrzykiwań może dojść do nowego rozsiania w miejscach dotąd nietkniętych« (63). — Rozszerzenie owrzodzenia na dolnej wardze i powstanie w sąsiedztwie drobnych guziczków przy równoległem znacznem pogorszeniu w płucach opisał Sokołowski. Przypisuje on z wielkiem prawdopodobieństwem winę tuberkulinie (7 wstrzyknięć razem 0,029 gr.), a to z tego względu, iż pogorszenie nastąpiło już po 10 dniach stosowania tuberkuliny, gdy przed wstrzykiwaniami stan pozostawał bez zmiany już od 9 miesięcy (216).

Duże nacieki płuc i gruźlicę prosówkową uważa Fürbringer »za niewątpliwy bezpośredni skutek leczenia metodą Kocha«. Powikłania te, wedle jego statystyki, dotyczącej 156 chorych, zdarzają się znacznie częściej właśnie u suchotników leczonych tuberkuliną (58 i 59). Hansemann zaś ostrzega przed niebezpieczeństwem tuberkuliny w następujących słowach: »W możliwości rozsiania gruźlicy leży tak wielkie niebezpieczeństwo, że wszelkie inne, jak np. nacieki płucne, przebicie jelit, porażenie serca itd. wydają się rzeczami podrzędnemi, choć widocznie dość często się zdarzają« (89). W kilka miesięcy potem, a mianowicie na Zjeździe medyc. wew. w Wiesbadenie w kwietniu 1901 r. Ziegler, rozpatrując zmiany anatomo-patologiczne, wywoływane tuberkuliną w ogniskach gruźliczych i ich otoczeniu, ostrzegał również przed możliwością rozsiania się laseczników z tych ognisk do oddalonych części ustroju i powstania z tych ogólnej gruźlicy prosówkowej (257).

Na tymże Zjeździe Heubner z tych samych przyczyn »odradza stanowczo stosowania tuberkuliny u dzieci, zarówno w ostrej jak i przewlekłej gruźlicy płuc« (93).

U nas Dunin i Dąbrowski (48) wskazali na niebezpieczne działanie tuberkuliny, gdyż wywołuje rozsianie TBC dokoła ognisk gruźliczych i ich rozpad.

Przejdźmy do kliniki. Powołamy się przedewszystkiem na naszych autorów, jak Gluziński i Korczyński. Pierwszy z nich położył nacisk na ujemne działanie tuberkuliny na narząd krążenia i przytacza przykłady wielce charakterystyczne. Uważa także, iż wywołuje ona krwioplucia wskutek przekrwienia gruźliczej tkanki w płucach. Spostrzegał on krwioplucia w połowie przypadków, przeważnie na początku odczynu (80 i 81). Drugi zaznacza, że nawet niewielkie dawki u ludzi zdrowych przyspieszają tętno i oddech, sprowadzają bole głowy i biegunkę i zwiększenie śledziony i wątroby (123 i 125). A. Fränkel (63) na 32 średnio chorych spostrzegał w 4 przypadkach lekki przejściowy białkomocz, w 2 — zwiększenie się odczynu dwuazowego, a w jednym przypadku gruźliczego zapalenia ucha środkowego po pierwszem wstrzyknięciu tak obfitą wy-

---

[5]) Nie wdawaliśmy się w szczegóły wydobywania tuberkuliny Kocha, gdyż są podane w każdym podręczniku bakteryologii. Natomiast musimy wspomnieć w kilku słowach o tuberkulinie Beranecka i »Bouillon filtré« Denysa, gdyż w sposobie przygotowania różnią się od Kocha i wedle autorów, również i w działaniu na ustrój gruźliczy; w dalszym zaś ciągu o stosowaniu tych przetworów mówić będziemy. Beraneck przygotowuje swą tuberkulinę z połączenia toksyn zewnątrz- i wewnątrz-komórkowych. Dla otrzymania pierwszych używa bulionu pochodzącego z macerowania 500 gr. mięsa cielęcego na zimno w ciągu 2 godzin w 1 litrze wody przekroplonej i nie dodaje ani peptonów, ani alkaliów, a tylko 5—6% gliceryny. Bulion tym sposobem ma odczyn kwaśny; po zaszczepieniu hodowli bulion zostaje przesączony przez bibułę, a później przez świeczkę Chamberlanda. Później zostaje odparowany w próżni do gęstości syrupu. »Bulion mój TB zawiera — powiada Beraneck — wyłącznie wytwory, wynikające ze wzajemnych spraw życiowych zachodzących między lasecznikiem i danem środowiskiem hodowli. Wytwory te nie podlegały żadnym manipulacyom ani fizycznym ani chemicznym, któreby mogły zmienić ich właściwości«. Następnie zapomocą kwasu orto-fosforowego 1% robi wyciąg toksyn wewnątrz-komórkowych z samej protoplazmy laseczników. Szczegółów manipulacyi nie podajemy — znajdują się w »Rev. Méd. dela Suisse Romande« Nr. 10 1905. »Koniec końców« — powiada Beraneck — »moja tuberkulina odróżnia się od innych: 1) samym składem środowiska hodowli, 2) obecnością substancyi białkowej, wyciągniętej z ciała lasecznika zapomocą kwasu orto-fosforowego 1%. Jest więc ona mieszaniną toksyn zewnątrz (TB) i wewnątrz-komórkowych (AT), rozpuszczonych kwasem orto-fosforowym. Formuła jej jest TB + AT (28). Co się tyczy »Bouillon filtré« Denysa (BF), to pozwolimy sobie pokrótce przytoczyć jego własne słowa, określające różnicę między BF a tuberkuliną starą Kocha. »BF różni się od niej pod dwoma względami: 1) nie był on ogrzewanym, a więc nie utracił częściowo swych właściwości uodparniających wskutek działania temperatury 80—100°. 2) Nagrzewanie u Kocha nie tylko zmieniło i uczyniło nierozpuszczalnemi pewne substancye rozpuszczone w bulionie, ale zapewne wyciągnęło inne z ciała laseczników. Tuberkulina stara Kocha różni się więc od BF wyeliminowaniem substancyi podlegających zmianom wskutek ogrzewania, a również obecnością substancyi, wyciągniętych na gorąco z ciała laseczników« (45).

dzielinę, jakiej ani razu w ciągu 3 tygodni przedtem nie było, nadto znalazł mnóstwo laseczników w ropnej wydzielinie.

Baumler na 60 chorych w różnych okresach gruźlicy płuc i z powikłaniami w innych narządach, jak jelita, krtań, kości etc., przy dawkach 0,005 — 0,03 gr, spostrzegał w kilku przypadkach pojawienie się odczynu dwuazowego i naodwrót »zniknięcie w jednym przypadku pod wpływem wstrzykiwań« (14).

Rumpf na 60 chorych, z których wielu w początkowym okresie gruźlicy (początkowe dawki u dorosłych 0,001 gr., u dzieci — 0,0002 gr.), spostrzegał w jednym przypadku przejściową dusznicę bolesną, w 2 przypadkach bredzenia; w kilku przypadkach zwiększenie się istniejącej jamy, a w jednym pojawienie się tam, gdzie jej na pewno przedtem nie było (195).

Stintzing spostrzegał u studenta z początkującą gruźlicą płuc pojawienie się bolów i obrzmienia przy otworze stolcowym, oraz utworzenie się przetoki z lasecznikami i to po 2-iem wstrzyknięciu (214).

Arnstein w swych spostrzeżeniach z klinik berlińskich (w końcu 1890 r.) zapisuje następujące powikłania: 1) śpiączka (*sopor*), 48 godzin trwająca, po jednem tylko wstrzyknięciu, 2) drgawki i porażenie nerwu twarzowego przy zapaleniu ucha środkowego po jednem tylko wstrzyknięciu, 3) krwioplucie w godzinę po wstrzyknięciu. Z drugiej jednak strony mówi o kilku przypadkach polepszenia (7).

Srebrny w tymże samym czasie w Berlinie »nie widział ani jednego zupełnie wyleczonego przypadku gruźlicy, bądź płucnej, bądź chirurgicznej« (240).

Prior u 70 chorych różnych rodzajów, a więc obok gruźlicy płuc, gruźlicy kości, gruczołów, krtani, jelit, otrzewnej, pęcherza, jąder itd. spostrzegał: oddech przyśpieszony, tętno dwubitne, przepuszczające i dziwaczne (paradoksalne), a zwłaszcza objawy nerwowe: jak np. silne bole głowy, niepokój, nawet bredzenie w takim stopniu, że wyglądało na ostrą psychozę (187).

Jarisch opisuje następujący przypadek: Młoda dziewczyna, 17 lat, źle odżywiona, przez $1\frac{1}{2}$ roku cierpiała na biegunkę, w grudniu 1889 przechodziła grypę, ale w ostatnich miesiącach 1890 »czuła się stale dobrze i widocznie odżywianie jej się polepszało«; dostała jedno wstrzyknięcie 0,002 gr. przeciw toczniowi twarzy, dawniej miejscowo odpowiednimi środkami leczonemu i już w 5 godzin po wstrzyknięciu ciepłota podskoczyła przy silnym dreszczu i tętnie 140 do 39,6 C⁰; w 9 godzin potem była w stanie zapadu i zmarła w 36 godzin (99).

Podobny przypadek opisuje Oppenheim, jeden z tych nielicznych klinicystów, który widział dobre skutki tuberkuliny już po 6—8 tygodniach leczenia u wszystkich lekko chorych, a także u niektórych ciężko chorych z jamami i to takich, którzy dotąd bez skutku leczyli się na południu. Spostrzegał on u nich poprawę stanu ogólnego, oraz miejscowego w płucach. Otóż opisuje on przypadek 22-letniego chorego, dotkniętego już w 10 roku życia gruźlicą kości i z tego powodu operowanego, obecnie osłabionego, z gruźlicą gruczołów i wyraźnemi zmianami szczytowemi, z utratą wagi w ciągu ostatnich miesięcy, lecz bez gorączki. Jedno wstrzyknięcie 0,002, wywołało w $3\frac{1}{2}$ godziny wymioty. W $5\frac{1}{2}$ godzin po wstrzyknięciu ciepłota 40⁰, tętno 144, a we $12\frac{1}{2}$ śmierć poprzedzona dręczącem pragnieniem i wymiotami (178).

Albo przypadek Rütimeyera, dotyczący 33-letniego silnie zbudowanego murarza z początkującą gruźlicą, który po 16 dniach leczenia (razem 0,165 gr. tuberkuliny) dostaje zapalenia opon mózgowych i we 3 dni umiera (194).

Ale oprócz autorów, którym się wydarzyły całe szeregi takich różnorodnych i takich ciężkich powikłań, mamy opinię pierwszorzędnych klinicystów, wypowiedzianą wprawdzie bardzo ostrożnie, ale wyraźnie nieprzychylną dla tuberkuliny.

Weber na 55 różnorodnych chorych (płuca, krtań, jelita, gruczoły, toczeń) przy początkowych dawkach 0,0005 do 0,005 podaje poprawy u 24, ale jednocześnie dodaje, że tuberkulina jest wcale niepewnym środkiem rozpoznawczym i daje wątpliwe skutki lecznicze (248).

Leyden, opierając się na materyale 66 chorych (nie gruźliczych lub tylko podejrzanych o gruźlicę) bardzo sceptycznie wyraża się o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, uważając, że próbne wstrzykiwania nie są pozbawione niebezpieczeństwa i mają tylko wartość ograniczoną (138).

Ewald poddaje leczeniu 114 bardzo lekko chorych i ma dwa nieszczęśliwe wypadki: jeden — pojawienie się świeżej sprawy prosówkowej na opłucnej, drugi — śmierć wśród krwotoków przy utworzeniu się świeżej jamy. Ostateczny wynik formułuje w następujących słowach: »Dotąd nie widziałem ani jednego przypadku, o którym mógłbym powiedzieć, iż został wyleczony« (49).

U nas Przedborski leczy 10 chorych (materyał mieszany: gruźlica płuc, krtani, stawów i skóry) w szpitalu w Łodzi, systematycznie w ciągu niemal 4 miesięcy i tylko w jednym przypadku spostrzega »czasowe uzdrowienie«. U reszty stan bez zmiany lub wyraźne pogorszenie (193).

Ciekawymi wobec wyników leczniczych w szpitalach i klinikach były wyniki podane przez Dettweilera na Zjeździe w Wiesbadenie (1891 r.). U 141 chorych, leczonych w ciągu $3\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ miesięcy w Sanatoryum w Falkenstein, a więc w wybornych warunkach higienicznych, tuberkulina w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną dała następujące wyniki:

wyleczenie	3,1%
polepszenie	33,6%
bez zmiany	39,6%
pogorszenie	19,0%
śmierć	4,7%
razem . .	100%.

»Są to — powiada Dettweiler — w porównaniu z tem, cośmy dotąd otrzymywali, wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, nadspodziewanie małe, prawie przygnębiające wyniki« (46).

To też Zjazd w Wiesbadenie, zamykający pierwszy okres prób z tuberkuliną, pomimo kilku opinii przychylnych, o których niżej, znaczną większością głosów wydał wyrok nieprzychylny dla tuberkuliny, ostrzegający przed jej użyciem. Treść zaś jego zamyka się w kilku słowach Naunyna: »Wielkie niebezpieczeństwa wstrzykiwań były tu z różnych stron podniesione«.

Wobec tych prądów nieprzychylnych lub zupełnie wrogich tuberkulinie, odzywały się głosy sympatyi i uznania i to głosy pochodzące ze strony bardzo poważnej. Tak np. Mikulicz na 88 przypadków różnych rodzajów gruźlicy chirurgicznej (*osteomyelitis, arthritis, tendovaginitis* etc.) otrzymał w 6 szybkie, w 10 zaś wyraźne polepszenie i tak się wyraża: »Środek Kocha sprowadza w wielu przypadkach w chorych ogniskach gruźliczych zmiany w kierunku wyleczenia«, a później dodaje: »Środek ten jest dzielną podporą w walce z gruźlicą« (148).

Z entuzyazmem niemal odzywa się u nas Jasiński o leczeniu gruźlicy chirurgicznej u dzieci. U 5 chorych znaczne miejscowe polepszenie, a u 4 nadto i ogólne (107 i 108).

Przytoczony wyżej Stintzing jest mocno przekonany, że środek Kocha może skutecznie zwalczać gruźlicę w jej początkowym okresie. Na Zjeździe w Wiesbadenie zaznaczył on, że skutki działania tuberkuliny w gruźlicy płuc są znacznie pomyślniejsze, niż innych używanych dotąd metod leczniczych.

Również Prior (187), pomimo ciężkich napotykanych przez niego powikłań, jest tego zdania, że tuberkulina w znacznej większości przypadków daje polepszenie.

Turban na tymże Zjeździe podał bardzo dodatnie wyniki tuberkuliny u 53 chorych, a mianowicie 88,7% polepszeń.

v. Jaksch w obszernem sprawozdaniu (na tymże Zjeździe) dotyczącem rozmaitych form gruźlicy (kości, gruczołów skóry) i rozmaitych okresów gruźlicy płuc, wyraża się dość przychylnie o tuberkulinie, wnioski swe jednak stawia z pewnemi zastrzeżeniami: »Pod względem leczniczym w ciężkich przypadkach gruźlicy płuc niema żadnych polepszeń — powiada on. — W lekkich — polepszenia, nawet znaczne, ale i teraz po 4 miesiącach leczenia nie mam ani jednego przypadku niewątpliwego wyleczenia« (244).

Moritz Schmidt zaznaczył tamże, że miał dobre wyniki po tuberkulinie w gruźlicy krtani (232).

Najlepsze wyniki z owych czasów ogłosił C. Spengler z Davos. Na 41 chorych leczonych od listopada 1890 do marca i kwietnia 1891 r. otrzymał on następujące wyniki: wyleczenia 27%, znaczne polepszenie czyli prawie wyleczenie ze zdolnością do pracy 44%, polepszenia 18%, brak polepszenia 9%, zejście 2%. Wyniki te utrzymały się po upływie całego roku. Ale i te byłyby — zdaniem jego — lepsze przy lepszym materyale. Otóż miał on »ogromną ilość zastarzałych suchot« („*inveterirte Phtise*"), bo aż 56%; zaś 10% chorych było w stanie beznadziejnym (217). Jak dla nas wyniki takie, w zestawieniu ze smutnymi wypadkami, wyżej opisanymi, wydają się wprost zdumiewające. Ale jeszcze bardziej zdumiewające są następujące wypadki: Chory, 49 lat, po przebyciu wysięku opłucnego, z gorączką, potami i silnym kaszlem na jesieni 1890 r., z wyraźną jamą prawego szczytu i stwardnieniem lewego dostał w ciągu 114 dni 66 wstrzyknięć, razem 0,38 gr. tuberkuliny i nietylko doznał »znacznego polepszenia i jest zupełnie zdolny do pracy«, z przybytkiem 3 kg. wagi, ale nadto ma w połowie marca 1891 52‰ cukru, 24 marca już tylko 18‰, a potem »ilość cukru opada do minimum dzięki odpowiedniemu przeciwcukrzycznemu leczeniu«. Chory ten zaliczony przez autora do kategoryi „*Phtisis confirmata*".

Jeszcze ciekawszy jest przypadek, dotyczący chorego, zaliczonego do kategoryi »*Phtisis progressiva, chronica*«. Chory (60-letni) miał 1890 grypę, później kaszel, stałą gorączkę, suchoty, prątki w plwocinie, nadto 4/X 1890 cukrzycę.

Przed wstrzykiwaniami: ciepłota stale wieczorami do 39°. Stłumienie i dźwięczne rzężenia w prawym płacie górnym; rzężenia dźwięczne bez stłumienia w lewym, cukier 28‰: białka nie ma; liczne TBC w plwocinie.

Po 48 wstrzykiwaniach, razem 0,183 gr. w ciągu 100 dni ciepłota się obniża, z cukru zostają ślady, następuje zabliźnienie prawego płatu górnego, ale utrata wagi 4 kg. Pomimo to autor powiada »polepszenie«. A dalsze losy? Chory wyjeżdża w marcu 1891 r. do domu i umiera we dwa miesiące z objawami śpiączki cukrzycznej. Autor mówiąc o szybkiem zniknięciu cukru nic nie wspomina jak się zachowywały: aceton i kwasy acetooctowy i oksy-masłowy. To zaś w danym razie, jak nas poucza klinika, byłoby wielce ciekawe. Nie możemy wchodzić we wszelkie szczegóły historyi chorób owych 41 chorych i odsyłamy ciekawych do źródła. Dodamy tylko, że w 1897 r., autor, sprawdziwszy stan owych 41 chorych, z których 3 odbyli powtórne leczenie tuberkuliną, powiada: »Liczba wyleczeń tuberkuliną sięga 39% po 6-letniem spostrzeganiu«, (218) a więc jest o 12% większą, niż po roku spostrzegania. Jest to wynik zgoła nieoczekiwany, wręcz sprzeczny ze znanymi dotąd wynikami w leczeniu gruźlicy. Wiadomą bowiem jest rzeczą, iż »trwałe« wyniki z biegiem czasu zmniejszają się i to znacznie. U Spenglera zaś po upływie 6 lat zwiększają się o 12%!

Wyniki istotnie bardzo zachęcające, zwłaszcza wobec cyfr z klinik berlińskich i innych, któreśmy wyżej przytoczyli. Zwróćmy uwagę na jeszcze jedną okoliczność, że przy takim złym materyale, autor dochodził w krótkim czasie do dawek wprost olbrzymich. Jeden chory w ciągu 122 dni otrzymał 1,411 gr. tuberkuliny, drugi chory w ciągu 110 dni — 1,684 gr., trzeci w ciągu 116 dni — 1,819 gr. Jeśli zważymy to wszystko, to wyniki leczenia C. Spenglera są poprostu bajeczne. Być może, iż przyczynia się też tu wpływ wysoko-górskiego klimatu, dzięki któremu — zdaniem C. Spenglera i wielu innych autorów, tuberkulina daje daleko lepsze wyniki w górach, niż w innych warunkach klimatycznych.

Pomimo jednak dodatnich wyników, zwolennicy Kocha nie zdołali przeforsować publicznej opinii w szerokich warstwach lekarskich, i jak z żalem powiada Rembold w 1897 r. »Na tuberkulinę Kocha, jako środek leczniczy, już się nawet nie zwraca uwagi«. Już wyżej zaznaczyliśmy w ogólnych zarysach, że wina tego leżała w niejasnem sformułowaniu zasadniczych wskazań przez samego Kocha i w tych nieszczęsnych na ogół próbach, jakie stąd wynikły. I dziś jeszcze panuje zupełna niepewność i niejasność, pomimo radykalnego zwrotu, jakiego dokonała w 1901 r. praca Goetscha (do której powrócimy), w której wyraźnie są nakreślone zasadnicze rysy stosowania tuberkuliny, znacznie różne od kochowskich. Niepewność ta odnosi się nietylko do wskazań klinicznych, dotyczących chorych, ale i znaczenia tuberkuliny jako środka rozpoznawczego i leczniczego, a także różnych ważnych szczegółów, jak początkowe dawki, skala ich zwiększania, odczyn u chorych, kryteryum wyleczenia i t. d. Nadto Koch wprowadził w 1897 r. w użycie nowy preparat, »nową tuberkulinę«, tak odmienny pod każdym względem od pierwotnej »starej tuberkuliny«, że Dieudonné (43) powiada, iż pomiędzy dwiema tuberkulinami, pozostaje wspólna li — tylko nazwa i wspólne pochodzenie z hodowli laseczników. Tym sposobem powstało jeszcze większe zamieszanie pojęć. W obozie zwolenników Kocha jedni stosują wyłącznie starą, drudzy wyłącznie nową TR lub BE, inni wreszcie i jedną i drugą naprzemian, ale dlaczego tak postępują, z dostępnej literatury wnosić trudno. Nim przejdziemy do rozpatrzenia poruszonych wyżej pytań, musimy poświęcić chwilkę »nowej tuberkulinie« jako sprawie, dla wielu względów, pierwszorzędnej wagi.

III.

W swej nowej ważnej pracy »Über neue Tuberkulinpräparate«, mówiąc o leczniczem działaniu starej tuberkuliny Koch, formułuje w następujących słowach swój wniosek: »Dochodzi się wreszcie do zupełnego uodpornienia przeciw tuberkulinie (starej), które może trwać kilka miesięcy. Uodpornienie jednak pozostaje bez żadnego wpływu na laseczniki gruźlicy«.

Mamy więc tu do czynienia z czystą »toksyimmunizacyą« (»reine Toxinimmunität«), lecz nie z immunizacyą bakteryalną. Niestety, zdarza się często, iż zdolność oddziaływania już zupełnie zgaśnie, nim nastąpi zupełne wyleczenie. Następują więc wkrótce nawroty, które »znów trzeba leczyć tuberkuliną, skoro zdolność do oddziaływania powróci« (121).

Całe więc działanie Kocha skupia się na wytworzeniu »bakteryo-immunizujących substancyi«. Droga do tego, to wchłanianie przez ustrój substancyi zawartych w samem ciele lasecznika. Wychodzi on z tej zasady, że laseczniki rozwijają się w ciele ludzkiem powoli i w małej ilości, że będąc otoczone tkanką obumarłą, nie mogą być wchłaniane inaczej, jak po obumarciu i po następnem zapewne przejściu przez znaczne chemiczne zmiany. Wchłanianie więc tu jest nieznaczne. Z drugiej strony, laseczniki martwe, wstrzyknięte pod skórę, wywołują miejscowe ropienie i pozostają tam całymi miesiącami bez zmiany. Wstrzyknięte do krwi królikowi, wytwarzają gruzełki w płucach i tam pozostają długi czas również bez zmiany. Więc i tu wchłanianie nie odbywa się w sposób pożądany. Ztąd genialna myśl mechanicznego rozdrobnienia aż na najdrobniejsze cząsteczki ciała lasecznika celem ułatwienia wchłonienia jego przez tkanki ustroju. W szczegóły tych manipulacyi wchodzić nie będziemy. Dodamy tylko, że po roztarciu w moździerzu agatowym i po kilkakrotnem centryfugowaniu warstwę powierzchowną opalizującą, zawierającą składowe części lasecznika

rozpuszczalne w glicerynie, nazywa Koch T=O osad TR zawierający nierozpuszczalne w glicerynie części.

Oba te preparaty łatwo się wchłaniają i nie wywołują ropni ani u zwierząt ani u ludzi. Co się tyczy TO, uważa ją Koch za zupełnie podobną w swem działaniu do starej tuberkuliny lub do wyciągu ługowego z laseczników TA, więc do użytku w celach bakteryalnej immunizacyi uważa preparat TR za bardziej odpowiedni.

»Obejmuje on wszystko to, co jako czynniki immunizacyjne zawarte jest w hodowlach lasecznika« (121). Dla przygotowania TR wybiera tylko świeże, bardzo jadowite hodowle, starsze bowiem z biegiem czasu zatracają swą jadowitość. Zauważmy, że tę różnicę między staremi a młodemi hodowlami stwierdził bardzo dokładnie w swych doświadczeniach nad białemi myszami Marmorek.

Tu też nie od rzeczy będzie przypomnieć, że Koch w przygotowaniu T nie zwracał uwagi na wiek hodowli. »Dla skuteczności tuberkuliny (starej) — powiada on — jest rzeczą całkiem obojętną, czy przygotowaną jest ze świeżych hodowli lub kilkuletnich, jak również obojętnem jest, czy hodowle pochodzą wprost od człowieka chorego na gruźlicę, czy też kilkakrotnie przeszły przez ustrój zwierzęcy« (119).

A teraz pytania: jakie wskazania dla używania preparatu, jakie dawki początkowe i maksymalne, jaki sposób stosowania, wreszcie jakie kryteryum wyleczenia?

Koch formułuje drogą wykluczenia wskazania, a raczej granice stosowania TR, a więc nie nadają się: 1) chorzy, którym pozostaje zaledwie kilka miesięcy życia, 2) chorzy z gruźlicą posuniętą i z zakażeniem wtórnem paciorkowcami lub innymi chorobotwórczymi drobnoustrojami; 3) chorzy mający ciepłotę ponad 38 C^0 »tylko wyjątkowo nadają się do leczenia swoistego«.

Co się tyczy dawek, zaczyna od wstrzykiwań podskórnych $^1/_{500}$ miligrama czynnej substancyi [6]) rozcieńczonej w rozczynie soli kuchennej, zwiększa powoli, dochodząc do maksymalnej dawki 20 mlgr. Przy leczeniu TR unika Koch odczynu. Ciepłota nie powinna podnosić się wyżej jak 0,5 C^0; nowa dawka nie wcześniej jak po ustąpieniu odczynu. Powolnem podnoszeniem dawek czyni chorego niewrażliwym na duże dawki czyli uodpornia go przeciw TR i lasecznikom jednocześnie. Dowód zaś polega na tem, że chory uodporniony przeciw TR nie oddziaływa na duże dawki ani starej tuberkuliny ani TO. W tem unikaniu odczynu widzi Koch zasadniczą różnicę pomiędzy stosowaniem starej i nowej tuberkuliny. »Znanych gwałtownych odczynów, które mieli suchotnicy przy starej tuberkulinie, tu wcale nie ma — powiada on — chyba nieznaczne zwiększanie się rzężeń, które szybko znikało«. Natomiast, już po kilku wstrzyknięciach plwocina się zmniejsza i znika zupełnie. To samo się dzieje z lasecznikami.

»Zupełne uodpornienie — powiada Koch — osiąga się we 2—3 tygodnie po zastosowaniu większych dawek«. W głębokiem przekonaniu o niezaprzeczalnej skuteczności TR Koch w następujących słowach formułuje całe jej znaczenie. »Ale to, sądzę, mogę twierdzić z całą pewnością, że nie można oczekiwać już dalszych ulepszeń tych preparatów. Składają się one z wysoko jadowitych świeżych hodowli, które bezpośrednio przedtem były żywe i bez żadnych chemicznych wpływów doprowadzone zostały do stanu rozpuszczalnego. Niczego lepszego w tym rodzaju stworzyć niepodobna i co tylko właściwie z hodowlami laseczników osiągnąć można (121), to w tych preparatach osiągnąć się powinno« [7]). Zdawałoby się, że sprawa uodpornienia przeciw lasecznikom została ostatecznie załatwioną, a wszelkie szczegóły stosowania TR tak jasno i wyraźnie sformułowane, że nic do życzenia nie pozostawiają. Tymczasem w kilka lat po ogłoszeniu pracy o TR, Koch ogłosił nową »Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination«, w której jest sporo ważnych szczegółów, interesujących nas klinicystów, niezgodnych z dawniejszemi twierdzeniami.

Wychodząc z tego założenia, opartego na doświadczeniach, że aglutynacya laseczników — która, zdaniem Kocha niema, wbrew twierdzeniom Arloing i Courmont, żadnego rozpoznawczego znaczenia dla gruźlicy, — jest wyrazem tworzenia się ciał ochronnych w ustroju, że następnie stopień wzmagania się aglutynacyi idzie w parze z ilościowem powiększeniem tych ciał, Koch wstrzykuje BE suchotnikom 2-go i 3-go okresu i twierdzi »że u każdego suchotnika — chyba może z małymi wyjątkami — można sztucznie osiągnąć pewien stopień aglutynacyi i odpowiednio do tego wytworzyć większą lub mniejszą ilość ciał ochronnych« (120).

Twierdzeniu Kocha, iż aglutynacya jest wyrazem tworzenia się ciał ochronnych, przeczą zupełnie badania Jurgensa i Krausego, o których niżej powiemy. Tutaj zaś pragniemy zauważyć, iż Jessen, zbadawszy w Davos bardzo dużą ilość suchotników w różnych okresach choroby, przyszedł do wniosku, iż aglutynacya w wysokogórskim klimacie wzrasta bez swoistego leczenia tuberkuliną, zapewne wskutek podniety ustroju pod wyłącznym wpływem klimatu i że stosowanie tuberkuliny w Davos aglutynacyi nie wzmaga (106). Lüdke zaś, opierając się na swych własnych doświadczeniach, dowodzi, że aglutynacya po tuberkulinie nie wzrasta i wcale nie jest wskaźnikiem dla stopnia zdobytego uodpornienia (143).

Wracając do Kocha, spieszymy zaznaczyć, że jako dowód współistnienia dwóch zjawisk — zwiększania się aglutynacyi i zwiększania się ilości ciał ochronnych — przytacza następujące argumenty: stan ogólny chorych od pojawienia się aglutynacyi znacznie się polepsza, apetyt i waga przybywają, i to znacznie; rzężenia zmniejszają się; poty i plwocina zmniejszają się, a czasem znikają etc. [8]). Jeżeli aglutynacya jest objawem tworzenia się ciał ochronnych, a temsamem sprawy wyleczania gruźlicy, jeśli można ją wywołać sztucznie u każdego suchotnika przez wstrzykiwanie BE, to stąd logicznie wypada, że wybierać materyału odpowiedniego nie ma racyi, bo każdy suchotnik nadaje się do takiego leczenia.

Wbrew więc dawniej sformułowanym zasadniczym punktom leczenia, stawia teraz Koch dla BE całkiem odmienne od dawnych wskazania. Tylko dawka początkowa zostaje prawie ta sama, choć nieco większa, a mianowicie $^1/_{100}$ mlgr. substancyi lasecznikowej (dawniej $^1/_{500}$ mlgr.). Dawka maksymalna dochodzi teraz do 30 mlgr. (dawniej 20 mlgr.). Ale co ważniejsze, zamiast powolnego podnoszenia lub powtarzania dawek, teraz w 1—2 dniowych przerwach dawki szybko należy podnosić 2—5 razy więcej, aż do otrzymania wyraźnego odczynu z podniesieniem ciepłoty o $1^1/_2$—2^0 (dawniej maximum miało być $8{,}5^0$). Mając ciągle na względzie zwiększenie aglutynacyi, powiada

[6]) 1 CC^3 rozczynu glicerynowego zawiera 10 miligr. substancyi czynnej.

[7]) Pomimo zaręczenia w 1897 r. że »niczego lepszego w tym rodzaju stworzyć niepodobna«, Koch w swej pracy o aglutynacyi w 1901 r. (120) poświęca krótką wzmiankę zmianom, jakie zaprowadził w przygotowywaniu »nowej tuberkuliny«. Przytaczamy je dosłownie: »Wir benutzen eine Aufschwemmung von einem Theil pulverisirter TBC bacillen mit 100 Theilen destillirten Wassers, welcher Flüssigkeit gleiche Theile Glycerin zugesetzt werden. Diese Aufschwemmung bleibt einige Tage stehen, sie wird dann von den gröberen, nicht mehr suspendirten Theilen abgegossen und so conserv. irt. Ein Kubikcentimeter des Präparates entspricht 5 milgr. der der pulverisirten TBC bacillen«. Ten nowy preparat, »emulsya laseczników« nazywają przez skrócenie BE. — Bandelier (32), jeden z najbardziej gorących zwolenników Kocha powiada: »W BE zawarte są *in toto* roztarte laseczniki, a więc znajdują się tam te wszelkie substancye, jakie się znajdują w hodowlach lasecznika. Musi więc BE być o wiele czynniejszą niż TR, która zawiera tylko pewną składową część laseczników«. Tu jeszcze pragnęlibyśmy dodać, że nazwy BE w pomienionej pracy o aglutynacyi u Kocha znaleźć nie mogliśmy, i że pod nazwą »nowa tuberkulina« jedni autorowie rozumieją TR, a drudzy BE.

[8]) Maragliano (151) twierdzi, że aglutynacya jest bez wszelkiej wątpliwości dowodem sprawy uodpornienia. Wzrasta ona jednak równolegle ze zwiększaniem się substancyi antybakteryalnych, a nie antytoksycznych.

Koch, że gdy już raz jest osiągnięta, dla utrzymania jej nigdy nie należy zmniejszać, ani powtarzać tych samych dawek, »lecz stale iść w górę«. Jeśli pomimo podwyższenia dawek, aglutynacya opada, wtedy przechodzi do wstrzykiwań wśródżylnych (dawka = $^1/_{10}$, podskórnej), dzięki czemu »udaje się stale podwyższanie aglutynacyi w nadspodziewany sposób«. Gdy w 1897 r. było wyraźnie powiedziane, że chorzy z ciepłotą ponad 38° »tylko wyjątkowo nadają się do leczenia TR« w 1901 r. wypada: »Stan gorączkowy nie jest żadnem przeciwwskazaniem, jak przy starej tuberkulinie«. Usunięte są tylko od leczenia następujące wypadki: 1) za duże osłabienie, 2) daleko posunięte zniszczenie płuc bez żadnej możności poprawy, 3) chorzy z niedomogą serca. Zresztą u wszystkich innych trzeba próbować leczenia i zarzucić je tylko w takim razie, jeśli po kilku odczynach chory nie wykazuje zdolności do aglutynacyi, a waga ciała jednocześnie spada. »Ale dla tych powodów — powiada Koch — leczenie tylko u niewielu chorych zostało przerwane« (120).

Zbierając wszystko wyżej powiedziane, dochodzimy do następujących wniosków. Nie mówiąc już o sprzecznościach, jakie miały miejsce ze starą tuberkuliną, które przyczyniły się do zarzucenia jej na lat 10, to samo się powtórzyło z TR i BE. Wszystkie przytoczone powyżej dane aż nadto wyraźnie te sprzeczności wskazują. Raz ma się leczyć tylko lekko chorych, później znowu wszystkich, z wyjątkiem chyba beznadziejnych. Raz trzeba unikać odczynu, to znów sztucznie go wywoływać i to silny i to dlatego, że aglutynacya, będąca wynikiem stosowania BE, jest jednocześnie miarą niezawodną powstawania ciał ochronnych, a tem samem sprawy pomyślnego leczenia. — Tu znów tkwi duży logiczny błąd w rozumowaniu. Przypuśćmy, że zjawisko aglutynacyi byłoby nieznanem. W takim razie, jeśli BE istotnie leczy gruźlicę, wytwarzając »Schutzstoffe«, to czy będzie, czy nie będzie aglutynacyi, ciała te powstać powinny. Aglutynacya może być tu miarą, ale aby była miarą, musi istnieć to, co ona mierzy. Pytanie, czy to »coś« jest istotnie skutkiem działania BE? Jeśli tak, to niezależnie od aglutynacyi, będącej tylko podrzędnym objawem, wskaźnikiem nie mającym żadnych cech jakiegoś dodatniego pod względem biologicznym znaczenia dla ustroju, działanie BE powinno być samo przez się dodatniem.

Jeśli BE lub TR działa, dzięki swym właściwościom, w sposób swoisty na ustrój dotknięty gruźlicą, w takim razie, zgodnie z tem działaniem, powinny być postawione odpowiednie wskazania i nakreślony wyraźny sposób postępowania. Nie może zaś BE lub TR być stosowaną raz przy wypadkach lekkich, bez wywoływania reakcyi etc., a później znów leczyć wszystkich suchotników z wyjątkiem beznadziejnych i to z wywołaniem sztucznem odczynu aż do 2° z racyi, iż istnieje zjawisko aglutynacyi. Tkanki bowiem gruźlicze pozostają te same, preparat pozostał tym samym preparatem, a więc i działanie jego powinno być to samo. — Co jest ciekawego, to ta okoliczność, iż pomimo wydanego przez Kocha świadectwa, że »nowa tuberkulina« jest ostatniem słowem nauki, jest względnie bardzo mało stosowaną w porównaniu ze starą.

Jeśli stosowanie tuberkuliny przez samego wynalazcę tyle zawiera sprzeczności, niejasności i wahań, to tembardziej da się to powiedzieć o stosowaniu jej przez zwolenników Kocha. Czy zwrócimy się do tuberkuliny jako środka rozpoznawczego, czy też leczniczego, trudno bardzo zoryentować się w najważniejszych punktach tej sprawy. Zaczniemy od starej tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego u ludzi.

IV.

Tu stała się rzecz dość szczególna. Tuberkulinę jako środek rozpoznawczy, zaczął Koch stosować u ludzi i jak później wykażemy, środek ten znalazł właściwie bardzo ograniczone zastosowanie. Po ludziach przyszła kolej na bydło i tu tuberkulina została niemal powszechnie przyjęta, jako środek rozpoznawczy w całym świecie cywilizowanym, nawet we Francyi z wielkim entuzyazmem przez Nocarda, gdy tymczasem stosowanie jej w gruźlicy ludzkiej, z małymi wyjątkami, niemal zupełnie tam zarzuczono. U nas Bujwid i Grabowski dokonali szeregu doświadczeń nad bydłem Pierwszy doszedł do wniosku, że »tuberkulina jest doskonałym środkiem rozpoznawczym« nawet u zwierząt pozornie zupełnie zdrowych »o kwitnącym zwykle wyglądzie«. Miało to miejsce w jego próbach w Czudcu w r. 1895, gdzie chorą okazała się najpiękniejsza krowa, premiowana na wystawie lwowskiej. — Wyniki tuberkuliny zostały stwierdzone przez sekcyę.

Drugi jest mniej gorącym zwolennikiem tuberkuliny i twierdzi, że »nie można uważać jej za środek specyficzny i absolutnie pewny«. Jednak przy skombinowaniu z badaniem klinicznem przyznaje jej dużą wartość rozpoznawczą u bydła (86).

Zjazd weterynarzy w Bernie w 1895 r. wydał wyrok zupełnie przychylny i decydujący. Ogromny materyał, zebrany w następnych latach przez uczonych weterynarzy w różnych krajach, orzeczenie to w zupełności potwierdza. Jeden Bang w Danii, w ciągu 12 lat (1893 do końca 1904) zrobił wstrzykiwania u 404651 sztuk bydła, z wynikiem dodatnim u 97070 sztuk czyli 24%. Ale i Bang, taki gorący zwolennik szczepień próbnych wyraźnie powiada: »tuberkulina nie jest, prawdę mówiąc, rozpoznaniem bezwzględnie nieomylnem«.

Najpierw wywołuje ona odczyn tam, gdzie sekcya nie stwierdza żadnych zmian w ciele [9]); ale da się to wytłómaczyć trudnością znalezienia »gruzełków czasem tak małych jak główka od szpilki, dostatecznych jednak dla wywołania odczynu« (26). Ważniejszym jest zarzut, że odczyn może wypaść ujemnie, sekcya zaś stwierdza zmiany gruźlicze w płucach. Behring, mówiąc o uodpornieniu cieląt przeciw gruźlicy, powiada także, że »bywają przypadki, gdzie zwierzęta oddziaływające są zupełnie wolne od gruźlicy, nieoddziaływające zaś mogą być gruźliczemi. (8) (Hft 10). Ale pod względem praktycznym — zdaniem Banga — nie ma to znaczenia, gdyż w takim razie zachodzą albo zmiany bardzo duże, i wtedy badanie kliniczne jest zupełnie wystarczające, albo »tkanki są częściowo zwapniałe i otorbione, a wtedy zwierzę jest na drodze do wyleczenia, nie przedstawiając prawdopodobnie niebezpieczeństwa zakażenia dla otoczenia« (26). Zobaczymy, czy sprawa taksamo przedstawia się u ludzi.

Aby tuberkulina, pod względem rozpoznania gruźlicy płuc, wypełniała swe przeznaczenie, powinna odpowiadać następującym warunkom:

1) Odczyn powinien być swoisty, a więc tylko dla gruźlicy, lecz nie dla innych chorób, 2) powinien wykrywać ogniska w płucach ukryte — czynne, wyślizgujące się z pod badania klinicznego, — wykrycie ognisk w gruczołach lub w kościach prowadzi do błędnych wniosków klinicznych odnośnie do płuc, 3) nie powinien wykrywać ognisk ukrytych — nieczynnych, 4) nie powinien narażać na niebezpieczeństwo rozsiewania laseczników z ognisk, 5) sposób stosowania metody powinien być ściśle określony. Wszystkie te punkty są bardzo ważne ze stanowiska klinicznego, gdyż związane są z zasadniczem pytaniem, czy dany osobnik dotknięty jest gruźlicą płuc, wymagającą w jego interesie wczesnego zastosowania leczenia. Tu leży jądro rzeczy.

Co się tyczy punktu pierwszego, znaną jest rzeczą, iż tuberkulina wywołuje odczyn nietylko w gruźlicy, ale w całym szeregu innych spraw chorobowych, jak np. trąd, przymiot, promienica, blednica, mięsaki i raki.

---

[9]) Wedle Vogesa, cytowanego przez Becka, bywa to w 2,7% wypadków; wedle Banga w 9,7%. Grabowski zaś, na podstawie literatury ocenia wszystkie pomyłki, a więc brak odczynu przy gruźlicy lub pojawienie się jej bez gruźlicy, względnie przy innych chorobach (promienica, motylica płuc i wątroby etc) ,razem na 4—15%.

Goldsmidt przytacza 5 przypadków trądu, w których stosowano starą tuberkulinę. Po dawce 1 mlgr. otrzymywał on odczyn ogólny i miejscowy (79).

Mazzotti, opierając się na 6-letniem doświadczeniu, dotyczącem setek chorych, widział często odczyn u ozdrowieńców po durze, którzy gruźlicy wcale nie mieli, również i w blednicy. Natomiast w 2 przypadkach po wytrzebieniu jądra gruźliczego, tuberkulina żadnego odczynu nie wywołała (168).

Schrader (233) (Sanatoryum Loslau) wspomina także o przypadku otwartej gruźlicy w II. st., gdzie tuberkulina żadnego odczynu nie wywołała. — A. Fränkel robił próbne wstrzykiwania u 200 chorych, z których a) 56 byli prawdopodobnie suchotnikami, b) 76 podejrzanych i c) 68 niepodejrzanych, i otrzymał następujące wyniki: u a) bez wyjątku odczyn czyli 100%, u b) w 92,1% odczyn, ale, co ważniejsza, u c) odczyn w 56,1% (60). Ponieważ do tej grupy zaliczane są rozmaite sprawy nie gruźlicze, np. gościec, rwa kulszowa i t. d., więc wynik taki staje się wielce niezrozumiałym ze stanowiska teoryi Kocha zwłaszcza, jeśli go zestawimy z innymi wynikami, o których niżej będzie mowa.

Na posiedzeniu Berl. Tow. Lek. 14/I 1903 r. A. Frankel jeszcze raz wyraźnie podkreślał, iż przekonał się, że na tuberkulinę oddziaływa 40—50% chorych, dotkniętych nie gruźlicą, lecz jakąkolwiek inną chorobą.

H. Schmidt — zwolennik tuberkuliny — przytacza 10 przykładów, gdzie wyniki wstrzykiwania były sprawdzone przez sekcyę. Otóż w jednym przypadku, gdzie odczyn wystąpił już po 1 mlgr. tuberkuliny, sekcya wykryła raka żołądka bez żadnych śladów gruźlicy ani w płucach ani w całym ustroju. — Drugi przypadek: po 7 mlgr. odczyn silny, ciepłota podnosi się od 36,6° do 38,4°, tymczasem sekcya wykrywa raka przełyku bez żadnych śladów gruźlicy w płucach, ani w całym ustroju (211). Na takich przykładach sprawa się nie kończy. Wrócimy jeszcze do niej. Tu zaś winniśmy zwrócić uwagę, że szybkich wniosków o swoistym odczynie tuberkuliny, li tylko na podstawie gorączki, bez należytego uwzględnienia innych objawów, wyprowadzać nie można. Można bowiem popełnić wielki błąd, natrafiając n. p. na gorączkę na tle histerycznem.

Fuerst (66) opisuje 2 przypadki, gdzie przy podejrzeniu na gruźlicę po jednorazowem wstrzyknięciu T 0,005 gr. ciepłota podniosła się do 38°. Zrobiono próbę wstrzyknięcia wody przekroplonej i o tej samej porze ciepłota podniosła się do 38,1°. Wreszcie tenże chory na niby-wstrzyknięcie (tylko ukłucie igłą od strzykawki) oddziaływał ciepłotą 37,8°. Gruźlica została więc wyłączoną.

Köhler powtórzył takie same doświadczenia na 60 chorych i otrzymywał odczyn przez suggestyę w 22% przypadkach (129) (wstrzykiwania wody przekroplonej lub ukłucia igłą).

Teraz pytanie, jak się ma tuberkulina w stosunku do ukrytych ognisk czynnych i nieczynnych, bo tu rola jej jest pierwszorzędną.

A. Schmidt, opierając się na materyale z kliniki drezdeńskiej, twierdzi, że wśród chorych z odczynem znajduje się wielu ludzi zdrowych, którym w dalszem życiu nie grozi żadne niebezpieczeństwo od ukrytych ognisk (225). Wiadomo zaś z pracy Nägelego, jak często zdarzają się takie ogniska przy sekcyach u osób, które zmarły nie na gruźlicę.

Cornet dowodzi, że człowiek szybko oddziaływa na tuberkulinę nietylko z ukrytemi czynnemi, ale i z nieczynnemi, znajdującemi się na drodze do wyleczenia ogniskami. Przytacza on w drodze porównawczej następujący ciekawy przykład zaczerpnięty u Kossela. Krowa, zaszczepiona ludzką hodowlą, dostaje na 122 dzień 0,5 ctm³ tukerkuliny i oddziaływa ciepłotą 41,5° — we 21 dni potem zwierzę zostaje zabite i sekcya wykrywa »sprawę gruźliczą samorodnie wyleczoną«. Przyczyny — zdaniem autora — należy szukać w takich razach, w małej jadowitości laseczników, wywołujących sprawy, które same przez się łatwo się leczą. Takie zaś słabo jadowite laseczniki zdarzają się 1 raz na 9. Ponieważ człowiek jest 16 razy wrażliwszy na tuberkulinę od bydła, stąd wnosi Cornet, że mając zmiany, wywołane słabo jadowitymi lasecznikami i z dążnością do samowyleczenia się, będzie wyraźnie oddziaływał na tuberkulinę (38).

Schlüter robi wstrzykiwania u 100 chorych bez wyboru. 70 nie oddziaływa; u 30 zaś występuje odczyn i w dalszym przebiegu klinicznym ukazuje się u nich gruźlica.

Schlüter wprawdzie twierdzi, że »na małe dawki oddziaływają prawie bez wyjątku tylko prawdziwi gruźliczy«, lecz »na więcej niż 0,005 gr. mogą oddziaływać mniej lub więcej dawne, nieczynne sprawy« (213).

Junker, opierając się na kilku tysiącach wstrzyknięć, dokonanych w ostatnich latach w poliklinice w Heidelbergu, dochodzi do wniosku, że »świeże czynne ogniska oddziaływają już na kilka decimiligramów«, ale znów z drugiej strony powiada on, że »dawne nieczynne ogniska dają także odczyn« (100). Jakiemi zaś mogą być takie ogniska, a raczej jaką może być ich treść, dowodzą niedawne badania Lidyi Rabinowitsch. Dotyczą one 4 dorosłych, u których z wyjątkiem jednej gruźlicy płuc nie można było wykryć żadnej sprawy gruźliczej. Otóż szczepienie materyału z gruczołów oskrzelowych w jednym przypadku i z gruczołów krezkowych w 3 innych wywołało u świnek morskich i u królików charakterystyczną gruźlicę. Laseczniki zaś w tych ogniskach się znajdujące, a których drobnowidem wykryć nie było można, stopniem jadowitości w niczem nie ustępowały lasecznikom, wyhodowanym świeżo z plwociny, z płuc lub z gruzełków. A zauważyć trzeba, że ogniska te nietylko były całkowicie zwapniałe, ale częściowo tak twarde jak kamień (206). Nasuwa się więc podwójne pytanie: 1) Czy tuberkulina nie może w danym razie rozniecić takich dawnych zwapniałych ognisk i rozsiać jadowite laseczniki po całym ustroju? Na to zwracają uwagę jak wiadomo anatomopatologowie i zgodnie z nimi klinicyści? 2) Jak zapomocą odczynu odróżnić stare ogniska od świeżych. Pytanie to tembardziej usprawiedliwione, jeśli zważymy, że Cornet utrzymuje, iż ogniska mają różny wiek, tak, że obok dawnych, znajduje się nowsze lub całkiem świeże. Można wprawdzie, co się tyczy zwapniałych ognisk Rabinowitschównej, przypuszczać, że będąc stwardniałemi jak kamień, zostały odcięte od ogólnego obiegu krwi, a temsamem tuberkulina do nich dostać się nie może. Ale obok takich, mogą być ogniska nowsze, działaniu tuberkuliny dostępne. Jeśli zaś w »skamieniałych« znajdują się laseczniki o wysokim stopniu jadowitości, to tem prawdopodobniej można je znaleść w mniej stwardniałych ogniskach.

V.

Dla uwidocznienia klinicznych wyników, zarówno przy stosowaniu tuberkuliny dla celów rozpoznawczych, jak też i leczniczych, niech posłużą ułożone przezemnie tablice, zawierające odnośne cyfry i fakty.

Rozpatrując tablice, pierwsza rzecz, która się rzuca w oczy, jest zupełna jednozgodność wszystkich autorów na jednym punkcie, a mianowicie, wszyscy bez wyjątku używają dla celów rozpoznawczych tylko T. Ale na tym punkcie jednozgodność się kończy. Wkraczamy odrazu w dziedzinę mniej lub więcej jaskrawych różnic we wskazaniach, w dawkowaniu, w spostrzeganych objawach przy wstrzykiwaniach, w przeciwwskazaniach do stosowania tuberkuliny, a wreszcie, co najważniejsza, w otrzymanych wynikach. Jak widzimy, Franz robił próbne wstrzykiwania na zupełnie zdrowych i świeżo pobranych do armii rekrutach. Binswanger robił takie same próby na zupełnie zdrowych kobietach, które po odbyciu połogu w klinice prof. Leopolda, gdzie po dokładnem klinicznem zbadaniu i wyłączeniu gruźlicy zostały przyjęte dopiero wtedy do oddziału

mamek. Badania te, dokonane na ludziach zdrowych, miały cel więcej naukowy. Wszelkie zaś inne, robione w sanatoryach, poliklinikach lub szpitalach, dotyczyły chorych na gruźlicę lub o nią podejrzanych i miały cele więcej praktyczne, a właściwie rozstrzygnięcie pytania, czy dany chory nadaje się do leczenia w sanatoryum lub szpitalu, czy nie? Ale tu w wyborze chorych zachodzą duże różnice, które zapewne odzwierciadlają różnice w pojęciach klinicznych samych autorów o gruźlicy. W takim razie ostateczne i pewne rozstrzygnięcie sprawy zapomocą tuberkuliny byłoby rzeczą bardzo pożądaną.

U większości autorów wskazaniem do wstrzykiwań jest przypuszczenie gruźlicy u chorych bez plwociny lub bez laseczników w plwocinie, ale spotykamy i takich chorych, gdzie kliniczne badanie nie pozostawia żadnej wątpliwości co do istnienia wyraźnej gruźlicy. Mniejsza jednak o to, każdy autor mógł mieć swój punkt widzenia i swe osobiste kryteryum w wyborze chorych. Ważniejszą jest sprawa dawek. — Widzimy, że najmniejsze różnią się dziesięciokrotnie ($^1/_{10}$ mlgr. i 1 mlgr.), co pod względem skutków dla chorych chyba obojętnem być nie może. Całe zaś ilości wstrzykniętej tuberkuliny aż do otrzymania pożądanego odczynu są bardzo różne. Ilość ta u Moellera wynosi w 4 dawkach rozpoznawczych $^8/_{10}$ mlgr., gdy u Bandeliera w takichże 4 dawkach wynosi 1 mlgr. + 5 mlgr. + 10 mlgr. + 10 mlgr.. razem 26 mlgr. czyli jest 32 razy większą. Tu mimowoli nasuwa się pytanie, czy z punktu widzenia klinicznego usprawiedliwionem byłoby podanie w błonicy jednemu dziecku w 2 lub 3 dawkach, przypuśćmy, 2—3000 jednostek surowicy Behringa, a drugiemu 64—96000 takichże jednostek? Albo, czy byłoby obojętnem podanie w zimnicy jednemu choremu w ciągu paru dni 3 do 4 gr. chininy, a drugiemu 96 do 128 gr.? Wprawdzie, przy surowicy mamy do czynienia z uodpornieniem biernem, przy tuberkulinie zaś z czynnem, ale w pierwszym i drugim razie ustrój nie pozostaje obojętnym i w odpowiedni sposób oddziaływa. Co się tyczy drugiego porównania, może ono być bardzo powierzchowne, ale z punktu biologicznego działanie tych różnych środków sprowadza się do wspólnego mianownika: do zmniejszenia stopnia intoksykacyi przez wytworzenie odpowiedniej ilości antytoksyny. »Surowice lecznicze« — powiada Behring — »dają to samo co wszelkie środki aleopatyczne, t. j. czynią nieszkodliwą substancyę zakaźną, znajdującą się we krwi i w sokach tkankowych. Takiem jest działanie lecznicze chininy, rtęci, jodu, kwasu salicylowego. Środki te działają w ten sposób na substancyę zakaźną, że część jej staje się osłabioną lub nieczynną« (8) (Hft. 8).

Jeśli dalej rzucimy okiem na dawkowanie, to ujrzymy, iż wobec danych różnic w dawkach początkowych i maksymalnych, oraz różnic w całej ilości wstrzykniętej w celach rozpoznania tuberkuliny, wyniki cyfrowe wszędzie są do siebie bardzo podobne. Oprócz wyników u Franza i Binswangera, dotyczących ludzi zdrowych i wyników otrzymanych przez Becka, o których osobno pomówimy, wszędzie wyniki dodatnie stanowią 90% i przeszło [10]).

I tu znów nasuwa się tasama uwaga. Jakim sposobem chorzy, pod względem zmian gruźliczych bardzo do siebie podobni, mogą oddziaływać w ostatecznych wynikach niemal jednakowo, skoro dawki użytej toksyny są tak różne? Zwróćmy też uwagę na tę okoliczność, że czas, w którym te różne ilości tuberkuliny zostały wstrzyknięte, u poszczególnych autorów jest całkiem różny. Weźmy za podstawę, że tuberkulina jest wstrzykiwana średnio co 2—3 dni, i wstrzyknięcie kończy się na 3-ej lub 4-tej dawce. Jeśli zestawimy np. Hummera, który wstrzykiwał co 2—3 dni w 1 roku 1—5—10 mlgr. T, a w następnym 1—3—6—10 mlgr. z Pickertem, który wstrzykuje co 6—8 dni 0,5—0,75—1,25—2,25 mlgr. T, to różnice w dawkowaniu i w ilości użytej tuberkuliny same przez się wpadają w oczy, tymczasem dodatnie ich wyniki różnią się zaledwie o kilka odsetek. (Hummer 91%, Pickert 95%—98%). Zwracamy następnie uwagę na cyfry Loewensteina i Rappoporta, oraz Loewensteina i Kauffmanna. Czy zaczynają oni od cyfry $^1/_{10}$ mlgr. i podnosząc co 3 dni dochodzą do największej dawki 1 mlgr., czy też zaczynają od 3 mlgr. i dochodzą, idąc tą samą drogą, do 10 mlgr., wynik dodatni wstrzykiwań wynosi 100%. Taki sam wynik 100% otrzymują L. i K. wstrzykując jedno-, dwu- lub trzykrotnie tylko po $^2/_{10}$ mlgr. Zjawisko to tłómaczą autorowie (141) objawem nadwrażliwości na tuberkulinę i to tym sposobem, że każdy chory na gruźlicę musi z reguły na 3-cią lub 4-tą taką samą niewielką dawkę ($^2/_{10}$ mlgr. np.) odpowiadać odczynem. W szczegóły tego zjawiska w danej chwili wchodzić nie będziemy, zapytamy tylko, dlaczego u tych samych autorów, tacy sami chorzy na 2 lata przedtem oddziaływali tak samo na daleko większe dawki? Pytanie to całkowicie da się zastosować do Moellera, który w 1901 r. wstrzykiwał $^1/_{10}$—$^5/_{10}$(1)—3(5)—6(10) mlgr. i otrzymywał te same wyniki, jak następnie wstrzykując od 1 do 4 razy po $^2/_{10}$ mlgr. Na Zjeździe gruźliczym w Paryżu 1905 r. złożył on z Loewensteinem i Ostrowskim obszerne sprawozdanie, w którem wywodzi, iż miał u 172 na 180 chorych wynik dodatni w 95,5%. Moeller tłómaczy to, również jak Loewenstein i Rappoport, nadwrażliwością chorych na gruźlicę na tę samą podnietę wywołaną przez tuberkulinę, a która może się ukazać czasem przy 1-em lub 2-em wstrzyknięciu, musi zaś z reguły nastąpić przy 4-em. Wyjątki mają być bardzo nieliczne, wynoszą bowiem tylko 4,5%. (155 bis). Być może, że teorya ta zawiera w sobie wiele prawdy, ale są znów z drugiej strony fakty, które prawdziwości jej zaprzeczają. Bandelier (30), opierając się na obfitym materyale klinicznym, dowodzi, zgodnie z teoryą Kocha, że dla rozstrzygnięcia pytania, czy u człowieka podejrzanego jest, czy nie ma gruźlicy, konieczną jest dawka maksymalna 10 mlgr. i to czasem powtórzona 2 razy. Na dowód tego przytacza szeregi przykładów klinicznych, opartych na dużej ilości cyfr. Röpke zaznacza, że podaną na Zjeździe w Paryżu 1905 r. przez Moellera metodę sprawdził i doszedł do wyników odmiennych. W 8 przypadkach otrzymał on po 3. i 4. wstrzyknięciu tej samej dawki $^2/_{10}$ mlgr. wyraźny odczyn tylko 2—3 razy. Natomiast w innych próba ta zupełnie zawiodła, wskutek czego powiada: »Czterokrotne i częstsze nawet wstrzyknięcie po $^2/_{10}$ mlgr. starej tuberkuliny przedstawia taki sposób rozpoznania, który kompletnie jest niepewny«. Jest on tego zdania, że konieczne są większe dawki. Dawniej stosował 1—5—10 mlgr., a teraz ogranicza się do 1—3—6 mlgr. Różni się więc od Bandeliera w maksymalnej dawce, uważając 6 mlgr. za wystarczającą. »Sprawy gruźlicze, — powiada on, opierając się na cyfrze 273 chorych — mogą już przez wstrzyknięcie 6 mlgr z dostateczną pewnością być uwidocznione. Dawka 10 mlgr. wydaje się u chorych nie mających fizycznie obrazu gruźlicy za wysoką, z drugiej zaś 6 mlgr. u chorych fizycznie podejrzanych o gruźlicę za zupełnie wystarczającą» (202).

Zastanawiając się bliżej nad temi wszystkiemi cyframi i faktami, widzimy wielkie sprzeczności i dużo rzeczy całkiem niejasnych i niewytłómaczonych. Poszczególni autorowie mają swoje własne dawki i swe sposoby postępowania zupełnie różne, dochodzą zaś w swych próbach do wyników zupełnie analogicznych. I gdyby próby te dotyczyły kilku lub kilkunastu chorych, w takim razie rzecz dałaby się wytłómaczyć zbyt szczupłą statystyką. Ale tu tymczasem każdy z autorów operuje setkami chorych, a więc takim materyałem, który ma za sobą powagę wielkich liczb. Wobec tego, jednakowość wyników u podobnych chorych przy tak różnych ilościach tuberkuliny jest poprostu zdumiewająca.

[10]) Jeden Grünwald ma tylko pewnych dodatnich wyników 85,4% wątpliwych zaś 6,8%. Cyfra ta mniejsza od innych tem jest dziwniejsza, że chodzi o chorych z klinicznym obrazem gruźlicy.

Tablica I. Wstrzykiwania tuberkuliny Kocha w celach rozpoznawczych (używaną jest wyłącznie stara tuberkulina).

Autor miejsce i rok	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania do wstrzykiwań	Dawki początkowe i następne aż do największych	Częstość wstrzykiwań	Podniesienie ciepłoty ponad prawidłową jako kryterium reakcyi	Objawy reakcyi miejscowe i ogólne	Dodatni wynik wstrzykiwań w cyfrach (odsetki chorych)	Uwagi
1. Roepke Sanatoryum Stadtwald 1904 i 1905 dwa lata 1906 jeden rok	445, 273 bez bliższego określenia, klinicznie podejrzani o gruźlicę lub nie.		1—5 do 10 mil. w 1904 i 1905 r. 1—3—6 do 10 mil. w 1906 r.	co 3—4 dni	1°	Zmiany oddechowe. Pojawienie się nowych lub zwiększenie ilości dawnych rzężeń. Pojawienie się tarcia opłucnowego.	93,7% (1904 i 1905 r.) 93,4% (1906 r.)	
2. Hammer poliklinika Heidelberg 2 lata	180 podejrzani o gruźlicę.	gorączka przed wstrzyknięciem. Należy przedtem ciepłotę sprowadzić do normy prawidłowej.	1 - 5 do 10 mil. albo 1—3—6 do 10 mil.	co 2—3 dni	0,8°	Pojawienie się kaszlu, rzężeń i krwi w plwocinie; bole w klatce piersiowej, w krzyżach, bole oczów i zębów. Nacieki w miejscu wstrzyknięcia z obrzmieniem i bólem w sąsiednich gruczołach. Obrzmienie śledziony. Białkomocz. Ogólne osłabienie, brak apetytu, nudności, dreszcze. Kilka razy zapad, jeden raz delirium; czasem stan podobny do angor pectoris.	91,1%	
3. Bandelier Sanatoryum Cottbus 2 lata	500 początkowe okresy gruźlicy płuc, bez plwociny lub bez TBC w plwocinie.	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga 10 mil. czasem powtórzone 2 razy.	co 2—3 dni		Znane objawy reakcyi bez bliższego określenia.	463 chorych czyli 92,6%	Bandelier (tak samo jak Beck) uważa za konieczne przy wątpliwej reakcyi powtórzenie dawki 1 lub 5 miligr. Również, jeśli po 2 dawce 10 mil. niema reakcyi, koniecznie ją powtórzyć; jako dowód z liczby 463 chorych reagowali 173 (czyli 34·6%) na 1 miligr. 156 (czyli 31·2%) na 5 » 98 (czyli 19·6%) na 10 » × 1 36 (czyli 7·2%) na 10 » × 2 Razem 463 (czyli 92·6%)
4. Grünewald Klinika Tübingen 1902—3 razem 1½ roku	103 z klinicznym obrazem gruźlicy płuc lub z podejrzeniem na nią.	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga. Czasem 10 mil. powtórzone 2 razy.	co 2—3 dni	0,5°	Ogólne objawy reakcyi bez bliższego określenia.	85,4% Uwaga 6,8 wątpliwa reakcya	
5. Moeller Moeller i Kayserling Sanatorium Belzig 1901 jeden rok	113 (116) z klinicznemi objawami gruźlicy płuc lub z podejrzeniem na nią — bez plwociny lub bez TBC w plwocinie.	Najmniejsza gorączka, poty nocne. Niedawny krwotok. Choroby serca. Histerya i epilepsya.	$\frac{1}{10}$—1—5—8 do 10 miligr. (U dzieci $\frac{1}{20}$—$\frac{5}{10}$ — 3 mil.	co 2—3 dni	0,5°	Słaba reakcya ciepłota poniżej 38° czasem lekkie ogólne zaburzenia bez miejscowej reakcyi w płucach. Średnia reakcya ciepłota 38—38.7°. Silniejsze ogólne zaburzenia. Miejscowe: pojawienie się rzężeń, zwiększenie plwociny i kaszlu. Silna reakcya: ciepłota ponad 38.7°, dreszcze; ogólne objawy jak w średniej ale znacznie silniejsze. Chory przedstawia obraz chorego z wysoką gorączką, z przyśpieszonym oddechem i tętnem. Miejscowe wyraźne zwiększenie plwociny i pojawienie się w niej TBC.	100%	U 57 chorych ze świeżą sprawą reakcya specyalnie gwałtowna i silne bole w klatce piersiowej, bole oczów, wymioty etc. U 44 chorych pojawiają się rzężenia których przed wstrzykiwaniami nie było. Autor zaznacza, że nigdy nie spostrzegał szkodliwego działania wstrzykiwań.

6. Pickert Sanatoryum Beelitz jeden rok	47 podejrzenie o gruźlicę płuc. 237 chorzy bez TBC u których klinicznie nie było rozpoznania gruźlicy płuc z całą pewnością.	» »	0,5—0,75—1,25 do 2,25 mil. (jeden raz doszedł do 5 mil.)	co 6—8 dni	0,5°	Mniej lub więcej silne ogólne objawy, bole w klatce piersiowej, bole głowy etc. bardzo rzadko miejscowa reakcya.	u 47 chorych 95,5% u 237 chorych 98.7%	Jeden raz silne uszkodzenie o którem szczegółowo niżej.
7. Röth-Schultz Sanatoryum Beelitz 1902—1904 3 lata	752 mężczyzn} razem 360 kobiet } 1112 początkowe okresy gruźlicy płuc, gdzie częściowo znajdują się wypadki tylko podejrzane.	Ciepłota powyżej 37·5° w ustach wyklucza stosowanie tuberkuliny.	Jak u Pickerta.	co 2—4 dni	0,5° (albo 0,4 ale w rannych godzinach)	Jak u Pickerta. — Nadto autor powiada: »materyał w Beelitz obfituje w reakcye z bardzo silnymi i charakterystycznymi podmiotowymi objawami przy nieznacznem wzniesieniu ciepłoty, — wyjątkowo nawet przy jej obniżeniu«.	u 752 męż. 97,1% u 360 kob. 94,4%	Reagowali w odsetkach na nast. dawki: mężczyźni kobiety na 0·5 miligr. 72 % — 35·2% na 1·25 « 22·7% — 39·1% na 2·5 « 5·3% — 25·6%
8. Junker Poliklinika Heidelberg kilka lat	277 przyjmując pod uwagę wszelkie szczegóły stanu ogólnego i miejscowego w płucach, dzieli autor chorych na 3 kategorye: 1) wyraźnie czynna sprawa 28%, 2) słabo czynna sprawa 50%, 3) zupełnie nieczynna 22%.	1) ciepłota maximum 37° (u podnieconych 37·3% 2) skłonność do krwotoków, 3) histerya i epilepsya, 4) choroby serca.	$^1/_{10}$ mil. — $^5/_{10}$ —1—5 do 10 miligr.	2 razy tygodniowo	0,8°	Słabe reakcye do 38° Średnie 38.1—39° Silne 39 —40° Ogólne znużenie; bole w członkach i w krzyżach; bole głowy; bole i nacieki w miejscu wstrzyknięcia; obrzmienie sąsiednich gruczołów; wypryski na skórze; herpes labialis; bole w klatce piersiowej; zwiększenie wydzieliny i kaszlu. — Natomiast wbrew innym, pojawienie się TBC tylko u 5 chorych; wyraźne fizykalne zmiany (rzężenia i stłumienia) tylko u 10 chorych.	270 czyli 97,5%	Znacznie większa część leczona ambulatoryjnie. Jako zawikłanie przytacza autor obrzmienie śledziony i wątroby, białkomocz, krwotoki, delirium cordis i jeden raz po 1 wstrzyknięciu $^5/_{100}$ miligr. podniesienie ciepłoty do 40° przy nast. 3 dni trwającym ciężkim stanie chorobowym.
9. Freymuth Szpital we Wrocławiu oddział dla gruźlicy, kilka lat bez bliższego określenia	167 bez prawdopodobieństwa gruźlicy. 139 z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem gruźlicy Uwaga. W tej liczbie 18 pleuritis sicca vel exsud i 17 pseudo-chlorosa.	» »	1—3 do 5 mil. (czasem 6 mil.)	co 1—2 dni	1°—1,5° 1°—2° czasem 3°	Znaczne zaburzenie ogólnego stanu. Zwiększenie stłumienia rzężeń, plwociny — pojawianie się TBC u 10—12%. Częste bole w piersiach.	10% 74—80% z silną 15% ze słabą reakcyą	W 18 wypadkach pleuritis reakcya 90%. W 17 wypadkach pseudo-chloroza reakcya 100%
10. Loewenstein i Rappoport Sanatoryum Belzig 2 lata 1902 i 1903.	386 gruźliczy bez TBC w plwocinie. 5 (w wieku 22—30 lat) 4 (w wieku 11—14 lat)	{ Stała gorączka { nephritis, ciąża, { choroby serca	$^1/_{10}$—1—2—3 do 10 mil. $^2/_{10}$ mil. powtórzone 3 razy. $^1/_{10}$ mil. powtórzone 2 lub 3 razy.	co 3 dni	0·5°	Znane ogólne i miejscowe objawy.	100%	Na 386 reagowali na następujące dawki: 1) 109 na $^1/_{10}$ — 1 miligr. 2) 194 na 1 — 2 « 3) 83 na 3 — 10 « Lekko chorzy reagują przeciętnie na wyższą, ciężko zaś chorzy na niższą dawkę.
11. Loewenstein i Kauffmann Sanatoryum Belzig, jeden rok 1906.	300 wszyscy gruźliczy ale 238 bez TBC, choć w tej liczbie dużo wyraźnej klinicznie gruźlicy.	Ludzie starzy. Sprawa daleko posunięta. Choroby serca, nephritis, ciąża, ale nie powtarzające się krwotoki.	$^2/_{10}$ mil. jaden raz lub powtórzone 2—3 i 4 razy.	co 3 dni	0,5°	Znane ogólne i miejscowe objawy. Zwiększenie rzężeń i wydzieliny.	100%	Na 300 reagowali na następne dawki: 69 (czyli 23%) na 1 wstrzykn. $^2/_{10}$ mil. 73 (czyli 24 3%) na 2 » » » 107 (czyli 35·7%) na 3 » » » 51 (czyli 17%) na 4 » » » U chorych reagujących na 1 lub 2 dawkę ciepłota rzadko przekraczała 38—38·4° Po 3 lub 4 dawce dochodziła do 38·5° —39·6°
12. Moeller, Loewenstein i Ostrowski.	180 podejrzani o gruźlicę z tej liczby u 8		$^2/_{10}$ miligr. powtórzone kilkakrotnie. 2—10 mil.	co 3—4 dni	0,5°—0,8°	Ogólne osłabienie, kłucia w klatce piersiowej, bole głowy, bole w kończynach	u 95,5% na pierwsze 4 dawki po $^2/_{10}$ mlgr. u 4,5% na 5 dawkę $^2/_{10}$ mlgr. lub 2—10 mlgr.	Na 1 dawkę $^2/_{10}$ mil. reagowało 57 chorych » 2 » » » » 45 » » 3 » » » » 52 » » 4 » » » » 18 » » 5 » » » » 2 »

Tablica I. (Dokończenie). Wstrzykiwania tuberkuliny Kocha w celach rozpoznawczych (używaną jest wyłącznie stara tuberkulina).

Autor miejsce i rok	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania do wstrzykiwań	Dawki początkowe i następne aż do największych	Częstość wstrzykiwań	Podniesienie ciepłoty ponad prawidłową jako kryteryum reakcyi	Objawy reakcyi miejscowe i ogólne	Dodatni wynik wstrzykiwań w cyfrach (odsetki chorych)	Uwag
13. Beck, Instytut chorób zakaźnych w Berlinie, 6 lat 1891—1897.	2137 bez wyraźnej gruźlicy różne choroby w tej liczbie: 1) 58 rekonwalescenci po tyfusie reakcya u 46·5% 2) 127 angina reakcya 37% 3) 15 ulcus rentriculi reakcya . . . . 66% 4) Trąd reakcya . . 100%	Gorączka.	1—5 do 10 mil. Uwaga. a) w razie podwyższenia ciepłoty lub wrazie wątpliwej reakcyi przy 1 lub 5 mil. tę samą dawkę dla pewności powtórzyć, b) dzieci poniżej 5 lat nast. dawki 0,3—0,5 - 1,0 do 5,0 miligr.	z przerwami 1—2 dniowemi	0,5°	Znane objawy reakcyi bez bliższego określenia.	54%	Zaczynanie u dorosłych od dawki poniżej 1 mil. jest bezcelowem gdyż może tylko rozpoznanie opóźnić. Dzięki tylko tuberkulinie można było u 54% postawić rozpoznanie gruźlicy. Na tysiące wstrzykiwań autor nigdy nie spostrzegał żadnych szkodliwych następstw.
14. Binswanger Przytułek dla osesków w Dreźnie 1903 jeden rok 1904 jeden rok	91 { zdrowe 78 { mamki		10 do 20 miligr. 1—5 do 10 mil.		0,5°	Lekkie znużenie i lekki ból głowy. Czasem bole żołądka, kiszek i kończyn. Lekkie czasem zaczerwienienie oraz ból w miejscu wstrzyknięcia.	28·5% 33,3%	Nigdy żadnego uszkodzenia.
15. Franz, jeden rok 1902.	400 Jednoroczni żołnierze z pułku bośniackiego zupełnie zdrowi, z ciepłotą prawidłową.		1 do 3 mil. (u kilku tylko 5 miligr.)		podniesienie ciepłoty do 38—38,9° i powyżej 39°	Znane ogólne objawy bez dłuższego określenia.	61% (u 2,5% reakcya wątpliwa)	Wszyscy po kilku dniach powrócili do służby czynnej. U dwóch tylko w ciągu 2 dni dały się słyszeć drobne rzężenia.
16. Biswanger Klinika Drezdeńska.	261 dzieci (znaczna większość w 1 roku życia) z tej liczby a) 36 zdrowe, b) reszta: 1) bez podejrzenia na gruźlicę, więc wstrzykiwania w celu wykrycia możliwych ukrytych ognisk, 2) podejrzenie na gruźlicę, 3) objawy niewątpliwej gruźlicy.	Ciepłota powyżej 37°.	1—5 do 10 mil. wedle Kocha, Becka, czasem zaczyna od 0,1 miligr.	co 1—2 dni	0,8—0,9 i wyżej	Znane ogólne objawy bez bliższego określenia i podniesienie się ciepłoty 2 razy do 37·8 — 37·9° 3 razy do 40·0 — 40·5° 13 razy do 39·0 — 40° 17 razy do 38·0 — 39°	7,5% (czyli u 35 dzieci) z tej liczby u 16 potwierdzony przez sekcyę u reszty klinicznie	Z liczby 35 reagujących 28 reagowały na dawki 0·5—1·0 mil. 2 » » » 0·1 mil. 4 » » » 5·0 » 1 » » » 10·0 » Autor zaznacza że 7 tygodniowe dzieci reagowały dopiero na 10 mil.
17. Mettetal, Żłobek przy Szpitalu dla dzieci w Paryżu.	74 dzieci wszystkie poniżej 1 roku w bardzo złym stanie odżywienia.	Ciepłota poniżej 36,5° i powyżej 38°.	1/10 mil. powtórzone maximum 2 razy.		podniesienie ciepłoty do 39—39,5°	Szybkie podniesienie ciepłoty w 6 godzin po wstrzyknięciu do 39—39·5 i spadek do prawidłowej po upływie 12—24 godzin.	niemal u 49% (czyli u 36 dzieci)	Wynik dodatni u 36 potwierdzony: 1) w 24 wypadkach przebiegiem klinicz. 2) w 12 wypadkach sekcyą.

Tablica II. Stosowanie tuberkuliny w celach leczniczych (wszystkie wstrzykiwania podskórne, oprócz Moellera Nr 3 *b)* podskórnie i śródżylnie).

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryterium ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
1. Moeller i Kayserling Sanatoryum Belzig 1901	T	18 { 9 w I okr. Turbana, 7 w II » „, 2 w III » „ } Uwaga: Chorzy z gruźlicą płuc bez powikłań, bez zbytniego zniszczenia tkanki płuc; przeważnie zajęcie jednego szczytu; albo w 2-im rzędzie zajęcie obu szczytów albo szczytu i całego płatu.	Zły stan ogólny. Waga poniżej prawidłowej; choroby serca i krwotoki. Uwaga: Przed rozpoczęciem leczenia poprawić stan ogólny i wagę, obniżyć ciepłotę zapomocą metody hyg.-dyetetycznej.	$^1/_{10}$—$^5/_{10}$—1 mlgr. etc. etc. Uwaga: Gdy wrażliwość zwalczona, szybko podnosić dawki 10—20—40—60 mlgr. etc.	1 gr.	Co 3—4 dni. Uwaga: Unikać wielkich reakcyi przez powtórzenie lub obniżenie dawki. Tak samo postępować przy spadaniu wagi.	0,5°	Patrz Moeller, Tabl. I, Nr 5.	(patrz niżej)		4—5 miesięcy, ale także dochodzi do 12 miesięcy.	Przebieg pomyślny.
2. Ciż sami.	BE	7 { 2 w I okresie, 5 w II „ }	Idem.	$^1/_{10}$ mlgr. BE — $^2/_{10}$—$^3/_{10}$—$^4/_{10}$—$^5/_{10}$ mlgr. BE.	0,2 —0,4 BE	Idem.	0,5°					
3 *a*). Moeller Belzig 1902	T	55 { 20 w I okresie, 24 w II „, 11 w III „ }	Idem Nr 1.	Idem Nr 1.	Idem Nr 1	Idem.	0,5°					
3 *b*). Moeller Belzig 1903	BE	138 { 69 w I okresie, 39 w II „, 30 w III „ }	Idem Nr 2.	Idem Nr 2.	Idem Nr 2	Podskórnie i śródżylnie.	0,5°					

Wyniki statystyczne za okres 3 lat 1901—1903 włącznie:
wyłącznie higieniczno-dyetetyczna metoda . . . . 772 chorych }
skombinowana z tuberkuliną . . . . 193 „ } razem 965.

	wyleczeni	znaczna poprawa	poprawa	bez zmiany	pogorszenie	śmierć	
hig.-dyetet.	85 (11%)	215 (27,8%)	274 (35,5%)	162 (21,2%)	29 (3,6%)	7 (0,9%)	= 772
z tuberkuliną	58 (30,1%)	92 (47,7%)	33 (17,1%)	10 (5,1%)	0	0	193

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryteryum ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
4. Turban Sanatoryum Davos, 7 lat 1890—1896	T	89 { 21 w I okresie, 47 w II „, 21 w III „	Szybkie tętno, zbytnia nerwowość, ciepłota ponad 38°, silne rozszerzenie sprawy w płucach, oraz ogniska w innych narządach, za wyjątkiem krtani, skóry i gruczołów.	Na początku 0,000025 gr. częściej 0,0001 gr., podnoszenie dawek powolne bez bliższego określenia.	0,15 gr.	Najwyżej co 2 dni.	38°		Trwałe wyniki za okres 7 lat (wyleczenie): u 89 z tuberkuliną 51,7%, u 319 bez tuberkuliny 47%.	U 47,7% (bez tuberkuliny tylko u 27,4%).	Kilka miesięcy bez bliższego określenia.	W dziele Turbana: „Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose“ czas trwania leczenia waha się od 59 dni do 1,128 dni u tych chorych, u których przy metodzie hig.-dyet. stosowano tuberkulinę, ile jednak czasu trwało leczenie tuberkul. nie ma dokładnych wiadomości.
5. Lüdke Klinika Würzburg 4 lata 1903—1906	T	100 { 64 w II okresie, 36 w III „ Wszyscy chorzy z TBC. — Nadto kilka wypadków z gruźlicą krtani.	Gorączka. Świeży krwotok.	$^1/_{100}$ mlgr., albo $^1/_{500}$ mlgr. czasem $^1/_{10}$ mlgr.	0,1 gr.	Dwa razy na tydzień. Stopniowe podnoszenie dawek. Te same dawki, jeśli silna reakcya. Zmniejszenie dawek, jeśli zły stan ogólny lub utrata wagi.		Podniesienie ciepłoty do 37,7—41,7°. Miejscowe obrzmienie i zaczerwienienie podobne do erythema lub do róży. Znużenie, łamanie w kościach, silne bole w głowy, w klatce piersiowej i w krtani. Ubytek na wadze. Zwiększenie kaszlu i plwociny; mierna tachycardia.	Jako polepszenie po ukończonem leczeniu wstrzymanie sprawy (Stillstand). Przybytek na wadze u kilku: w II okr. 10—15 kg., w III okr. 2½—5 kg. a) 64 II okres: 1) 37 polepszeń (lepszy stan ogólny, przybytek wagi, zmniej. kaszlu itd., 2) 17 bez zmiany, 3) 10 pogorszenie; b) 36 III okres: 1) 16 z polepszen. podmiotowem bez przedmiotowego, 2) 9 bez zmiany, 3) 11 śmierć.	U 14 na 40 bliżej badanych.	4—5 miesięcy.	Powikłania w czasie leczenia: 3 razy krwotok, formowanie się świeżych nacieków w płucach lub w krtani, albo rozszerzenie dawnych, powstanie nowych zapaleń opłucnej. Tygodniami trwające pogorszenie stanu ogólnego. 2 razy pojawienie się dyazoreakcyi, a jeden raz żółtaczki, jeden raz zapad z obawą exitus.
6. Rosenberg Klinika Würzburg 3 miesiące	BE T	12 { 7 ciężko chor., 3 średnio „, 2 lekko „ Wszyscy bez gorączki. W tej liczbie: 1) 3 wypadki płuca i krtań, 2) jeden gruźlica pęcherza, 3) jeden przypadek krtań, gruczoły i ucho, 4) jeden gruźlica stawowa, nadto 1 dziecko.		$^1/_{500}$ mlgr. BE $^1/_{10}$ mlgr. T	1 mlg ?	Szczegóły nie podane.		Znużenie, bole głowy, zły sen. U niektórych dreszcze i ciepłota do 39,2°. Czasem białe ciałka podczas reakcyi dochodzą do 17,000.	Czasem zniknięcie kaszlu i plwociny po 6 tygodniach leczenia podniesienie apetytu i wagi. Wyniki: polepszenia . . 4 bez zmiany . . 5 pogorszenie . . 1 śmierć . . . 3 (w tej liczbie jedna po silnym krwotoku).			R. zaczyna leczenie od BE, później przechodzi do T. W 2 przypadkach używa tylko T. Jeden raz ciężki krwotok po dawce 0,0001 gr. T.
7. Jacquerod Sanatoryum w Leysin 2 lata	T	20 Gruźlica otwarta. II i III okres bez gorączki. — Formy umiejscowione przewlekłe.		$^1/_{100}$—$^1/_{200}$—$^1/_{300}$ mlgr. etc.	1 mlg. do 0,5 gr	Co 2 dni unikając wszelkich reakcyi. Gdyby nastąpiła reakcya, czekać 2—3 dni, aby przeszła i dawkę zmniejszyć.	Podniesienie najwyżej 0,2°		U wszystkich duża poprawa stanu ogólnego. Nadto u 2 duża poprawa miejscowa; u 2 zaś od roku wyleczenie.		2—6 miesięcy.	

8. Rembold Szpital Św. Maryi Sztutgard więcej niż 6 lat 1800—1896	T	43 { 12 ciężkich, 15 średnich, 16 lekkich. Czysta gruźlica bez wtórnego zakażenia.							25 żyje po 6 latach, 13 stałe wyleczenie, 12 stała poprawa.			18 zmarło, 10 ciężko chorych, 7 średnio „ 1 lekko „
9. Gabryłowicz Sanatoryum Halila 16 miesięcy od 1. IX. 1904 do 31. XII. 1905	T	20 { 4 zajęte szczyty, 14 „ jeden płat, 2 wyraźn. jamy; ale u wszystkich dobry stan ogólny.	Zbyt rozległe zmiany w płucach i gorączka więcej niż 38°.	Początkowo $^{1}/_{100}$—$^{1}/_{10}$ mlgr. (Szczegółów zwiększania G. nawet nie podaje).	Dochodzi do 1 gr., ale uważa 0,2—0,3 gr. za wystarczającą		Niema. U 8 reakcya do 38°, u 8 do 39°, 1 wyżej 39—40°.	Tętno do 140, oddech do 40 — bezsenność, zawroty i bole głowy, nudności i wymioty, osłabienie i połamanie w całem ciele.	U wszystkich przybytek wagi od 1—19 kg., zmniejszenie kaszlu u 70%, zmniejszenie objawów katar. u 75%, zwiększenie apetytu i polepszenie stanu ogólnego.	U 69% (czyli 11 na 16 chorych).	2—6 miesięcy.	Zwolennik leczenia etapami. U 3 chorych ciepłota przy początku leczenia 38°. — Dodatnie działanie na płuca nawet z większemi zmianami i na stan ogólny.
10. Hager. Praktyka prywatna Magdeburg kilk lat	T	20 ukryta gruźlica 30 wyraźna gruźlica z TBC.				Unikanie silnych reakcyi. — Następne wstrzyknięcie po zniknięciu wszelkich objawów reakcyi. Leczenie wedle Petruschky 2—3 etapami.			U wszystkich wyraźne pomyślne wyniki. 100% wyleczeń.			
11. Mitulescu Bukareszt kilka lat	T PTO (Spenglera)	30 świeża sprawa bez gorączki. Wszyscy z podmiotowymi objawami intoksykacyi i zakażenia, ale zajęciem tylko jednego szczytu. — U 33% TBC. W I okresie przeszło 66%. W II okresie przeszło 33%.	Gorączka, utrata wagi w ciągu ostatnich 2—3 tygodni zły stan ogólny. (Przed rozpoczęciem leczenia podnieść wagę i poprawić stan ogólny).	$^{1}/_{100}$ mlgr. T — $^{5}/_{100}$ mlgr. T — $^{10}/_{100}$ mlgr. T etc. $^{1}/_{1000}$ mlgr. PTO — $^{1}/_{100}$ mlg. PTO — $^{5}/_{100}$ mlg. PTO etc. etc.	0,1 gr. T 5 mlg. PTO		Podniesienie o 0,7—1,5°.	W pierwszym rzędzie: polepszenie stanu ogólnego, lepszy apetyt, lepsze samopoczucie. W drugim rzędzie: zniknięcie kaszlu, zniknięcie rzężeń, polepszenie objawów miejscowych.	1) W zamkniętej gruźlicy: kliniczne wyleczenie 20 (71%). 2) W otwartej gruźlicy: z TBE wyleczenie 5 ($14^{1}/_{2}$%), znaczne polepszenie 5 ($14^{1}/_{2}$%).			
12. Roemisch Sanatoryum Arosa jeden rok	T } BE }	Kilkanaście. Chroniczna daleko posunięta gruźlica płuc z ustąpieniem spraw zapalnych okołoogniskowych, ale z zachowaniem status quo w ogniskach.	Gorączka, zbytnia nerwowość. Ostre stany z postępującą sprawą lub głębokie zmiany, gdzie pod wpływem reakcyi mógłby nastąpić rozpad.	{ $^{1}/_{10}$ mlgr. T { $^{1}/_{500}$ mlgr. BE	1 gr. T 0,1 mil. BE	Stopniowe podnoszenie dawek wedle Goetscha — unikanie silnych reakcyi — zmniejszenie dawek przy podniesieniu się ciepłoty 0,2—0,3° lub przy pojawieniu się rzężeń.	0,2—0,3	Zwiększenie ilości rzężeń.	Szybka wyraźna poprawa; zmniejszenie lub zniknięcie wydzieliny. Na 22 chorych 13 wyleczonych od $4^{1}/_{2}$ lat a wśród nich 6 ciężko chorych. U niektórych przybytek na wadze $6^{1}/_{2}$ kg.	U 60%.		Roemisch zaczyna od BE, później przechodzi do T. U 6 ciężko chorych, gdy leczenie metodą hig.-dyetetyczną pozostawało po paru latach bez skutku, po stosowaniu tuberkuliny nastąpiła widoczna poprawa.
Tenże 4 lata 1902—1906	T } BE }	22.		{ Te same dawki.	Te same dawki							
13. Amrein Arosa Prywatna praktyka	TR T	24 { 4 w I okresie, 15 w II „, 5 w III „	Daleko posunięty rozpad — zły stan ogólny — niedomoga serca — krwotoki.	$^{1}/_{500}$ mlgr. TR $^{1}/_{10}$ mlgr. T	$^{1}/_{10}$ mlg. TR 1,7 gr. T	Stopniowe podnoszenie dawek wedle Goetscha. — Leczenie etapami. — Przy drugim etapie stosował wyłącznie T.	38°	Polepszenie apetytu, zmniejszenie plwociny, szybkie zniknięcie rzężeń, zmniejszenie ilości tętna ze 120 na 80. Ubytek wagi u 11 chorych.	I okres znaczne polepszenie 100%. II okres wynik dodatni 66%. III okres wynik dodatni 80%.	U 29%.	Kilka miesięcy bez bliższego określenia.	Z początku stosuje TR, a później T. Najlepsze wyniki u chorych z małemi reakcyami. 1 pogorszenie krtani pod wpływem tuberkuliny. 1 śmierć na prosówkę w 6 miesięcy po ukończonem leczeniu.

Autor, rok i miejsce	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryterium ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Wyniki: poprawa ogólna (waga) i miejscowa — statystyka	Zniknięcie TBC	Czas trwania leczenia	Uwagi
14. Hammer Heidelberg Poliklinika 5 lat	T	100, ale leczenie skończone u 60-ciu. Przeważnie lekkie przypadki I i II okresu, ale także i ciężkie.		$^1/_{100}$ lub $^1/_{1000}$ mlg. Podwyższa o te same dawki.	1 gr.	Bez żadnej gorączki i unikając najmniejszych reakcyi. — Wstrzykiwania dwa razy w tygodniu.		Bole głowy, znużenie, brak apetytu, czasem bole w miejscu wstrzyknięcia, oraz obrzmienie sąsiednich gruczołów, ale wszystko krótkotrwałe. Zniknięcie plwociny i kaszlu, zniknięcie potów już po 3—4 tygodniach leczenia. Krwotoki stają się rzadszymi i mniej obfitymi.	U wszystkich 60 wyniki bardzo dobre bez bliższego określenia. Nawet u ciężko chorych zmniejszenie kaszlu, zniknięcie bolów i potów i poprawa apetytu. „Nawet u najcięższych — powiada autor — bez nadziei na przyszłość, jeszcze raz odporność ustroju może być podniesioną«.		4—6 miesięcy.	Wszyscy chorzy leczeni ambulatoryjnie wyłącznie tuberkuliną. Ogólna ilość wstrzykniętej podczas leczenia tuberkuliny wynosi 5,9999 gr.
15. Goetsch Szpital Slawentzitz 6 lat 1895—1901	T TR	175 bez bliższego określenia.	Stan gorączkowy.	$^1/_{100}$ T — $^2/_{100}$ T — $^3/_{100}$ T mlgr. etc. albo $^1/_{10}$ T — $^2/_{10}$ T mlgr. etc. $^1/_{1000}$ mlgr. subst. czynnej — $^2/_{1000}$ subst. czynnej — $^3/_{1000}$ subs. czynnej etc.	0,1 gr. do 1,0 gr. T 0,1 gr. TR	Stopniowe podnoszenie dawek z unikaniem wszelkich reakcyi. — Nigdy nie podwyższać następnej dawki, dopóki nie zniknie reakcya po poprzedniej.			Wyleczeni 125 czyli 71%. Przeciętny przybytek wagi $9^1/_2$ kg. (minimum 4 kg., maximum 20 kg.).		Przeciętnie 198 dni. Maximum 791 dni. Minimum 50 dni.	Jeśli początkowa dawka $^1/_{100}$ mlg. T źle jest zniesiona, przerzuca się do TR i po zniknięciu reakcyi powraca do T, która tym razem dobrze jest znoszoną.
16. Krüger Vetschau	Nowa tuberkulina (nie mówi czy TR, czy BE).	26 { 21 początkujący, 5 z daleką posuniętą sprawą	Dawki podane niedokładnie.	Dawki podane niedokładnie.		Co 2 dni na początku — pod koniec raz na tydzień lub na kilka tygodni.		Dodatnie objawy: Na początku leczenia: poprawa apetytu i wagi (zwiększenie o 10—20 funtów), zniknięcie kaszlu, plwociny, potów, bolów i innych objawów. Ujemne objawy: Ból miejscowy, znużenie, bole w członkach; jeden raz wymioty.	„Wyniki są tak zadawalniające, że w wielu przypadkach — powiada autor — tuberkulina może zastąpić leczenie sanatoryalne“. Z 5 ciężko chorych 3 są tak polepszeni, że od 2 lat czują się zupełnie zdrowymi i zdolnymi do pracy.		Kilka tygodni.	Wszyscy chorzy byli leczeni ambulatoryjnie. Autor powiada, że z T nie miał dobrych wyników.
17. Krause	BE	Wszelkie okresy bez różnicy z gorączką.	Niema.	$^1/_{400}$ albo $^1/_{200}$ mlg. subst. czynnej.	0,03 mlg. czynnej substancyi	Co 3—8 dni, unika prawdziwych reakcyi, ale podnosząc dawki do podwójnej.	Niema.	Zawsze miejscowe, czasem tygodniami trwające zaczerwienienie. Uczucie znużenia i bole głowy, ale rzadko.	Wszyscy bez wyjątku mają dobre wyniki. Zniknięcie gorączki u wszystkich, nawet w III okresie, gdzie dawniej trwała od roku pomimo wszelkich środków. U lekko chorych zupełne ustąpienie kataralnych objawów lub zmniejszenie u ciężko chorych. Dobry wynik w gruźlicy krtani z głębokiemi zmianami.			Wszyscy leczeni ambulatoryjnie. Autor kładzie główny nacisk na działanie antygorączkowe BE. Otrzymane w tym kierunku wyniki wśród biednej ludności wiejskiej, żyjącej wśród bardzo złych warunków higienicznych, są nader pomyślne.

18. Pöppelmann Coesfeld 2 lata 1903 i 1904	BE		Zajęcie obu płuc. Jamy. Zakażenia wtórne. Zbytnia wrażliwość na BE. Gorączka. Gruźlica kiszek jako powikłanie płuc. Krwotoki naczyniowe, ale nie włoskowate (tu przeciwnie daje BE dobre wyniki).	$^{1}/_{1000}$ do $^{25}/_{10000}$ mlgr. mlgr. subst. czyn. Zwiększanie powolne.		Co 3—6—10—15—21—28—36—45—55 dni.—Częstość wstrzykiwania zależy od otrzymanego podniesienia ciepłoty, miejscowego nacieku, który jest zjawiskiem pożądanem i stanu ogólnego. — Po otrzymaniu żądanej reakcyi, należy z nast. dawką wyczekać jej zniknięcia.	0,5—1,0	Twarde miejscowe nacieki i zwiększenie rzężeń kataralnych.	Lepsze samopoczucie, zwiększenie wagi, ustąpienie potów, bolów głowy i bezsenności. Zwiększenie barwiku krwi. Metoda hyg.-dyetetyczna w połączeniu z BE daje podwójną ilość wyleczeń.		5—10—15 tygodni.	BE daje dobre wyniki w peritonitis TBC u dzieci. — Wogóle u dzieci bardzo dobre wyniki. Wysięki opłucnowe lub grube zrosty wymagają dłuższego leczenia lub etapami ponad 5—10—15 tygodni.
19. Bandelier Sanatoryum Cottbus	BE	37 chorych: 3 w I okresie 26 w II " 8 w III "	Niema.	$^{1}/_{500}$—$^{1}/_{250}$ mlgr. etc. albo jeśli reakcya $^{1}/_{500}$ — $^{1}/_{400}$ — $^{1}/_{300}$ mlgr. etc., a tutaj jeśli większa reakcya powtórzenie dawki do zniknięcia reakcyi — dochodzi się do 1 mlgr. Dalej 1—2—3 mlg. albo 1—$1^{1}/_{2}$—2—$2^{1}/_{2}$ aż do 5 mlgr. Dalej: 5—6—7—8—9, a ostatnia 10 mlgr.	1 mlg. 5 mlg. 10 mlgr.	Wstrzykiwania co 2 dni. — Pierwsze maksymalne 1 mlgr., unikając ciepłoty nad 38°. Wstrzykiwania co 3 do 5 dni. Druga maksymalna 5 mlgr. Wstrzykiwania co tydzień. — Trzecia maksymalna najwyższa 10 mlgr.	Wyżej ponad 38°		1) Wszyscy 3 w I okr. Zniknięcie wszelkich objawów chorobowych i upartej gorączki. 2) Wyraźn polepszenie w płucach u 26 w II. okr. niemożliwe bez BE i znaczny przybytek na wadze aż do 10—12 kg. 3) U 8 w III okr. popr. ogólna, wstrzymanie sprawy płucnej, zmniejszenie wydziel. i TBC i uwszystkich przybytek wagi aż do 6—7 kg.	U 16 na 26 w II okresie czyli przeszło u 60%.		Bandelier twierdzi, iż BE działa znacznie silniej niż TR, gdyż zawiera roztarte in toto laseczniki, a więc wszystko to. co w hodowlach, jako substancya imunizacyjna jest zawartem, gdy TR zawiera tylko pewną składową część laseczników.
20. Denys Louvain 5 lat 1899—1904	BF (bouillon filtré)	442 3 okresy i wszyscy z TBC. W tej liczbie 47 w stanie rozpaczliwym („déscspérés").	Niema.	$^{1}/_{10000}$ lub $^{1}/_{1000}$ mlg. Zwiększa o te same dawki, zwłaszcza na początku — późniejsze dawki mogą względnie być większe.	1 gr. czasem 2—3, a nawet 5 gr.	2—3 wstrzykiwania w tygodniu. Unikać ciepłoty 38° podczas wstrzykiwań. Przy małej i krótkiej reakcyi powtarzać dawki te same. Przy reakcyi silnej i długiej zwiększyć pauzę i zmniejszyć następną dawkę.	38°	Czasem utrata apetytu, lub nudności i wymioty. Czasem bole głowy i bole w kończynach. Znużenie. Ból w miejscu wstrzyknięcia, trwający czasem aż do 8 dni. Czasem szybko znikająca pokrzywka. Bole w kościach i stawach przy gruźlicy miejscowej. — Zwiększenie kaszlu, plwociny i rzężeń.	1) 43,6% prawdziwe wylecz. (odzyskanie dawnego zdrowia i zupełne znikn. TBC. 2) 12,6% quasi wylecz. (j. w., ale od czasu do czasu trochę plwociny i trochę TBC). 3) 8,1% znaczna popr. (dobre łaknienie, waga, ciepłota i tętno prawidł., mało kaszlu i mało wydzieliny). 4) 6,5% poprawa (wzrastająca poprawa ze znaczną i stałą obniżką ciepłoty). 5) 4,2% bez zmiany. 6) 2% pogorszenie. 7) 22,6% śmierć.	U 43·0%.	Przeciętnie 4—5 miesięcy, czasem 6—12 miesięcy, a nawet 2 lata.	Denys dopuszcza 10 reakcyi na 30 wstrzyknięć z tem jednak zastrzeżeniem, aby były jak najbardziej umiarkowane. Dążeniem jednak być winno, aby były możliwie rzadkie.
21. Schnöller Sanatoryum Davos 2 lata i 3 miesiące od 10. XII. 1902 do 1. III. 1905	BF	211 w I okr. 11,8%, w II 57,3%, w III 30,9%. Sprawa płucna: 1) jednostr. 13,7% 2) obustr. 86,3% z TBC — 85,9% bez TBC — 14,1% Powikłania: 1) gruczoły u 12, 2) krtań u 25, 3) jelita u 8, 4) ucho (otitis) u 6, 5) fistula ani u 4, 6) kości i stawy u 4, 7) błona brzusz. u 1, 8) nerki u 1; razem 61 (28,9%). Gorączka przed rozpoczęciem leczenia u 48,8%.	1) Prosówka. 2) Ostro przebiegająca sprawa. 3) Chorzy z odpornością sprowadzoną do minimum. Uwaga: Gorączka nie jest przeciwwskazaniem, ciąża również nie.	Jak u Denysa.	Jak u Denysa.	Jak u Denysa.		Małe twarde guziczki w miejscu wstrzyknięcia. Podniesienie ciepłoty o kilka dziesiątych (wysokie prawie nie zdarzały się).	a) Wyniki dodatnie: 1) prawdopodobne wyleczenie 23,2% 2) znaczne polepszenie 49,8% 3) polepszenie . . . 15,2% razem 88,2%. b) Wynik ujemne: 1) bez zmiany 7,6% 2) pogorszenie 2,8% 3) śmierć . 1,4% razem 11,8%.	U 29·7%. (Uwaga: Utrata włókien elastycznych u 56%).	Przeciętnie I okres 4—8 mies., II okres 4—9 mies., III okres 7 mies., czasem kilka lat.	BT lepiej od wszelkich innych środków wpływa na gorączkę i na krwotoki. Schnöller jest wielkim zwolennikiem leczenia etapami, wychodząc z zasady, że dodatnie wyniki nie tyle zależą od ilości wstrzykniętej BF, ile od czasu trwania leczenia.

Tablica III. Stosowanie tuberkuliny wewnętrznie (per os) w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Autor	Rodzaj tuberkuliny	Ilość i rodzaj chorych	Przeciwwskazania	Dawkowanie	Największa dawka	Szczegóły wstrzykiwań (częstość)	Kryteryum ciepłoty	Objawy ogólne i miejscowe podczas wstrzykiwań	Czas trwania wstrzykiwań	Wyniki
Nr. 22 Freymuth, szpital Wrocław, Oddział dla gruźliczych w ciągu 9 miesięcy. Uwaga dla rozpoznania.	T	17 otwarta gruźlica z TBC ale bez gorączki (maximum 37,2°). 47 zamknięta gruźlica bez TBC	Gorączka	5—10 mil. w formie pigułek	100 mil	Przed tuberkuliną podaje natrii bicarbonici dla zobojętnienia kwasu żołądkowego, na czczo		1) U 17: zwykła miejscowa reakcya w płucach lub w gruczołach. — Gwałtownych reakcyj nie było; ale u 5-ciu ciepłota czasem do 39°, u 5-ciu niższa, u 7-u bez wzniesienia. 2) U 47: wysokie wzniesienie do 39° u 8; mniejsze u 19; żadne u 20.		1) U 17 z otwartą wynik dodatni próby u 60%. 2) U 47 z zamkniętą wynik dodatni próby u 57·4%.
Nr. 23. Löwenstein, Sanatoryum, Belzig. Uwaga dla rozpoznania.	T	7 z otwartą gruźlicą i z TBC		U 5-iu jedna tylko dawka 100 mil. U 2-ch jedna tylko dawka 200 mil.		Idem		Żadnej miejscowej ani ogólnej reakcyi.		Z tych 7-miu po 14 dniach przerwy 2-ch reagowało: 1-szy na powtórne podskórne wstrzyknięcie $^2/_{10}$ mil. ciepłotą 37.8°; drugi na trzecie wstrzyknięcie $^2/_{10}$ mil. ciepłotą 38,4°. Löwenstein odrzuca zupełnie stosowanie T. per os.
Nr. 24. Köhler, Sanatoryum, Holsterhausen. Uwaga w celach leczniczych.	T	33 wszyscy w II okr. — gruźlica bez żadnej wątpliwości — wszyscy z TBC i lekką gorączką (tylko 2 bez gorączki).		10 mil. na początek; następne dawki o 10 mil. więcej.	30 mil	Przed tuberkuliną podaje natrii bicar. jak Freymuth, dawki tuberkuliny co 8 dni.		U 6-ciu silne bole głowy; u 4-ch ściskanie w piersiach i wysokie gorączki od 39,6—40°.	od 10 do 100 dni	1) Wyniki dodatnie: U 4 podmiotowe polepszenie w płucach, a nadto u jednego polepszenie stanu ogólnego; u 4-ech utrata gorączki (z tych 2 umarli); u 7 zmniejszenie wydzieliny; u 6 zmniejszenie kaszlu. 2) Ujemne: U 14 stałe pogorszenie stanu ogólnego i płuc; u 2-ch ciepłota prawidłowa podnosi się od 38,3—38,8°; u 6-ciu zwiększenie wydzieliny; u 5 iu zwiększenie kaszlu; u 6-iu świeże krwotoki po tuberkulinie; wreszcie 9 wypadków śmierci.

Z drugiej strony bardzo dziwne wydają się nam wyniki Becka, Franza i Binswangera. Zastanówmy się bliżej nad nimi.

Beck (11), wedle przepisów Kocha, wstrzykuje co 1—2 dni, 1—5—10 mlgr. i w razie wątpliwego odczynu powtarza te dawki po 2 razy. Zaczynanie od dawki mniejszej, niż 1 mlgr. a więc nie $^2/_{10}$, jak u Moellera i Löwensteina, uważa za bezcelowe, gdyż może tylko rozpoznanie utrudniać. U 2137 chorych, dotkniętych rozmaitemi chorobami (Beck powiada ogólnikowo »Patienten«), lecz nie gruźlicą, otrzymał on wynik dodatni u 54%[11]). Wśród nich np. 127 z zapaleniem gardła; odczyn pokazuje się w 37%; 58 rekonwalescentów po durze z odczynem w 46,5%; 15 z wrzodem żołądka z odczynem w 66% itd. Beck, streszczając swoje badania, powiada, że tylko dzięki tuberkulinie postawionem być mogło rozpoznanie gruźlicy. Przypuśćmy, że tak jest w istocie, że w 54% wątpliwych przypadków tuberkulina rozpoznanie rozstrzygnęła. Pytanie jednak, dla czego Franz otrzymuje odczyn już nie w 54%, lecz w 61% przypadków i to u żołnierzy jednorocznych a więc u ludzi silnych, zdrowych, którzy jako tacy przyjęci zostali do służby wojskowej po dokładnych oględzinach lekarskich. Idąc dalej, zastanawia ta okoliczność, że Franz wstrzykuje tylko dwie dawki, pierwsza 1 mlgr., a druga 3 mlgr, (tylko u kilku dochodzi do 5 mlgr. (64 i 65). Wypada więc, że u chorych Becka cała ilość tuberkuliny (co najmniej 16 mlgr.) wywołuje odsetkowo (o ile nie powtarza dawek) mniejszą ilość odczynów, niż razem 4 mlgr. u zdrowych silnych osobników Franza. Czyż nie jest to wynik paradoksalny, jeśli go zestawimy zwłaszcza z dawnymi wynikami Kocha, który tak dobitnie zaznaczał, że u człowieka zdrowego w przeciwieństwie do gruźliczego potrzebne są znacznie większe dawki tuberkuliny dla wywołania odczynu. Nadto ciekawy jest jeszcze pewien ważny szczegół, podkreślony przez Franza, a mianowicie, że wszyscy oddziaływający podniesieniem ciepłoty do 38—38,9 przy zwykłych objawach odczynu, pozbyli się ich w ciągu 2—4 dni i mogli wrócić do swej służby, która, jak wiadomo, lekką nie jest.

Moeller stara się wyniki Becka wytłómaczyć w sposób następujący: Różnica w stosunku do tuberkuliny między chorym na gruźlicę, a zdrowym, jest tylko ilościową; duża dawka może wywołać odczyn u zdrowego. — Odczyn dodatni ma podwójne znaczenie: albo jest wyrazem wrażliwości ustroju na tuberkulinę, jako w ogóle na truciznę i to truciznę organiczną bardzo złożoną, i w takim razie odczyn należy do kategoryi ogólno-toksycznych; albo, wskutek wrażliwości specyalnej gruźliczego na tuberkulinę, czyli »nadwrażliwości« odczyn należy do kategoryi swoistej. Otóż w pierwszym razie wrażliwość na tuberkulinę będzie większą u ludzi chorych lub ozdrowieńców, lub wreszcie wyczerpanych, niż u ludzi zdrowych, gdyż w takim razie cały ustrój, a tembardziej jego narząd kaloryfikacyi znajduje się w stanie mniejszej odporności. Tym sposobem, bez wyraźnych dowodów doświadczalnych dałby się wytłómaczyć odczyn u chorych Becka lub u chorych niegruźliczych Fränkla. Ale jak w takim razie wytłómaczyć wyższy odsetek odczynów u zdrowych żołnierzy Franza? Jego wyniki, zdaje się, nie mogą być podciągnięte pod teoryę »nadwrażliwości« Moellera. Albo, jak sobie wytłómaczyć niższy wprawdzie odsetek odczynów (28,5%—33%)[12]) u zdrowych mamek Binswangera, które przed przyjęciem podlegają bardzo dokładnemu badaniu narządów oddechowych w klinice prof. Leopolda. Na wytłómaczenie tych zjawisk, tak sprzecznych, odpowiedź jest istotnie trudną.

[11]) Cała ilość poddanych wstrzykiwaniom chorych wynosi 2508, ale z liczby tej strąca Beck 371 chorych z gruźlicą płuc lub kości. Pozostaje więc 2137 chorych.

[12]) Tu także dodać należy, że 28,5% oddziaływających w 1903 r. wypadło w tej kategoryi, którym szczepiono minimum 10 mlgr. a później 20 mlgr. — 33% wypadło tam, gdzie wstrzykiwano mniejsze dawki: 1—5—10 mlgr.

Ale tu nasuwa się jeszcze jeden ważny szczegół, stojący w sprzeczności z postulatami Kocha i z komentarzami Moellera. Człowiek zdrowy wedle Kocha musi oddziaływać — wprawdzie słabiej, niż chory na gruźlicę — na dawkę 10 mlgr. tuberkuliny. Zdarza się to — jak wyżej zaznaczyliśmy — wedle Moellera, wskutek ogólnej wrażliwości każdego ustroju na tuberkulinę, jako na truciznę w ogóle. Otóż Binswanger (33) podaje wyniki swych badań u 79 mamek (nie wliczonych do kategoryi 28,5% do 33% oddziaływających), którym wstrzykiwał za pierwszym razem 10 mlgr., potem za drugim razem 20 mlgr., razem więc 30 mlgr. i otrzymał co następuje: u 16 mamek (okrągło 20%) odczyn dodatni, u 63 zaś (okrągło 80%) odczyn ujemny, czyli brak odczynu. Binswanger słusznie też powiada: »możnaby w ogóle powątpiewać o działalności tuberkuliny na zdrowy ustrój (t. j. anatomicznie wolny od gruźlicy)«. Ale taki wniosek na faktach oparty, przeczy teoryi Kocha i jego szkoły.

Z drugiej strony, stając na stanowisku teoryi Nägelego, (176) dziś ogólnie przyjętej, powstaje pytanie, kogo uważać za »anatomicznie zdrowego« pod względem gruźlicy i jakie na to dowody? Skoro klinika sprawy tej rozstrzygnąć nie zdoła i zwraca się o stanowczą i skuteczną pomoc do tuberkuliny, która również sprawy tej nie wyjaśnia, to gdzież jest punkt wyjścia? (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Karczewski: **O ciąży śródmiąższowej.** (Warszawa, 1907. Odbitka z »Medycyny«).

Autor pracą swą dał piśmiennictwu polskiemu pierwszą monografię o tego rodzaju ciąży zewnątrzmacicznej. Na wstępie pracy przytacza i objaśnia trafnemi uwagami krytycznemi skrzętnie zebrane piśmiennictwo, a zestawienie to obejmuje wszystko, co dotychczas w tym kierunku napisano od roku 1801, to jest od pierwszego opisu podobnego przypadku przez Schmitta, aż do chwili obecnej. Do tej pracy zachęcił autora przypadek, operowany przez niego w r. 1902. Przed zabiegiem rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną rozwijającą się, podczas zabiegu sądził, że ma przed sobą przypadek ciąży śródmiąższowej; przy rozpoznaniu tem jednak obecnie się nie upiera, gdyż zapoznawszy się dokładnie z piśmiennictwem, doszedł do przekonania, że takie rozpoznanie można utrwalić dopiero przez dokładne zbadanie anatomiczne. W jego przypadku było ono niemożliwe, gdyż zabieg wykonał zachowawczo, usunął bowiem tylko jaje płodowe 5-miesięczne po nacięciu torby, a skoro po usunięciu jaja nie było znaczniejszego krwotoku, ranę zaszył. Jak z dalszych wywodów wynika, ma autor wątpliwości, czy w jego przypadku nie było ciąży w zaułku macicy nabytym, lub w kącie macicy.

Z kolei przechodzi autor do ogólnych uwag o ciąży śródmiąższowej, przyczem opiera swe rozumowanie na danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa i wyświetla przedewszystkiem budowę anatomiczną jajowodu, jakoteż najnowsze pojęcia o osadzaniu się zapłodnionego jajka i różnicy, jaka zachodzi przy osadzaniu się jego w macicy, a zewnątrz macicy. Autor przychyla się do przypuszczenia Opitza i Michaelisa, którzy odnoszą przyczynę powstania tej nieprawidłowości do następstw zmian zapalnych błony śluzowej jajowodu, jakoteż do przypuszczenia Wertha, szukającego powodu takiej ciąży w przeszkodzie mechanicznej przyrody nowotworowej (gruczolak).

Liczne badania anatomiczno-patologiczne dały tak różne wyniki, że powstał chaos, a za nim sztuczne wytworzenie rozmaitych typów ciąży śródmiąższowej. Autor dowodzi wadliwości badań, jakoteż fantastyczności wielu wywodów i dochodzi do przekonania, że można uwzględnić tylko dwa typy ciąży śródmiąższowej, zależnie od tego, czy jaje płodowe rozwija się w kierunku dna macicy, czy też w kierunku jej ściany bocznej. I ten podział jest nieco sztuczny i, jak autor sam przyznaje, trudny do przeprowadzenia, a nie konieczny ani ze stanowiska teoretycznego, ani też praktycznego. Zupełnie chciałby autor usunąć z nauki pojęcie ciąży śródmiąższowo-jajowodowej, ciąży śródmiąższowo-macicznej, gdyż nikomu nie udało się udowodnić

zmian anatomicznych, cechujących i usprawiedliwiających takie wyróżnienia. Wszystkie przypadki, opisywane jako ciąża śródmiąższowo-maciczna, uważa autor za zejście ciąży śródmiąższowej (Werth), a powstają one z powodu pęknięcia worka płodowego. Pęknięcie to w kierunku jamy macicy może być samorodne i nie koniecznie towarzyszyć mu musi pęknięcie torby ku jamie brzusznej, jak to twierdzi Werth.

W dalszym ciągu pracy wskazuje autor na swoiste cechy ciąży śródmiąższowej, jak na zachowanie się więzadła obłego, na brak doczesnej w worku płodowym i na zachowanie się ujścia jajowodu do jamy macicy. Ujście to powinno się dać zawsze odszukać, albo gołem okiem, albo też przez mikroskop. Podobną do ciąży śródmiąższowej ciążę w rogu szczątkowym odróżnia się anatomicznie łatwo po braku znamiennego dla ciąży śródmiąższowej odchylenia dna macicy, jakoteż po luźnym związku guza ciężarnego z macicą zapomocą szypuły, zwanej kawałkiem pośrednim, wśród której nierzadko udaje się odszukać przewód, łączący róg macicy rozwinięty z rogiem szczątkowym. Anatomicznie bardzo podobną, a przeto trudną do odróżnienia od ciąży śródmiąższowej, bywa ciąża w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej, którą jedynie odróżnia brak otworu w przegrodzie. Ciąży śródmiąższowej zupełnie nie można odróżnić nawet po najściślejszem zbadaniu anatomicznem od ciąży w uchyłku macicy.

Rozpoznanie kliniczne ciąży śródmiąższowej jest prawie niemożliwe i nie przekracza zwykle ogólnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, co też i praktycznego znaczenia nie ma, gdyż leczenie jej jest takie samo, jak leczenie ciąży zewnątrzmacicznej, usadowionej w ktorymkolwiek innym odcinku części rodnych. Strzedz się natomiast należy pomieniania ciąży śródmacicznej z ciążą maciczną w macicy nieprawidłowo nagiętej i utrwalonej ku bokowi, oraz od ciąży w kącie macicy, co już niejednokrotnie się przydarzyło i nawet dało powód do przystąpienia do zabiegu.

Zejście ciąży zewnątrzmacicznej śródmiąższowej stanowi zawsze pęknięcie torby w czwartym lub piątym miesiącu ciąży, wywołujące zwykle przerwanie ciąży i wydostanie się płodu albo do jamy brzusznej, albo drogą naturalną, skoro pęknięcie nastąpiło do jamy macicy. Wyjątkowo po pęknięciu worka może się ciąża dalej rozwijać nawet do fizyologicznego kresu, ale jako ciąża następowa brzuszna.

Pracę swą kończy autor rozpatrzeniem sposobów leczenia. Autor nie bardzo wierzy — i słusznie — w możliwość sztucznego poronienia drogą macicy, a wszystkie tak leczone przypadki, zdaniem jego, należy uważać za źle rozpoznane. Zresztą leczenie przypadków ciąży śródmiąższowej, nieco dalej w rozwoju posuniętej, może być tylko operacyjnem i to albo przez pochwę — sposób mniej właściwy — albo też przez cięcie brzuszne. Zabiegi te mogą być znowu albo zachowawcze (nacięcie torby, wydobycie jaja płodowego, sączkowanie lub zeszycie worka, lub też wycięcie całego worka i zeszycie brzegów rany) albo też doszczętne (usunięcie macicy zupełne, lub odcięcie jej nadpochwowe). Którego ze sposobów należy użyć, rozstrzygają stosunki każdego przypadku z osobna.

Jak widzimy, obraz tej choroby przedstawia autor zupełnie wyczerpująco, czyniąc uwagi przeważnie trafne, tak, że pracę tę należy uważać za korzystny nabytek dla naszego piśmiennictwa.

Doc. Dr Dobrowolski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

E. Palier. **Znaczenie myszy w rozszerzaniu chorób wywołanych przez dwoinki i prątki okrężnicy.** (*Presse médicale* Nr 73, 1907). Na podstawie licznych doświadczeń, jakoteż i na podstawie znanych faktów, tyczących się zapalenia płuc, wypowiada autor zdanie, mocą którego uważa mysz domową za najważniejszy, jeśli nie jedyny czynnik, roznoszący tę chorobę. To samo tyczy się i chorób powodowanych prątkami okrężnicowymi. Autor tak dowodzi: W ślinie każdego zdrowego człowieka znajdują się dwoinki, barwiące się Gramem, a okazujące wielką różnokształtność; jestto dwoinka zapalenia płuc Fraenkla raz w takiej, raz w innej postaci. Wstrzyknięcie pod skórę lub do otrzewnej myszce domowej śliny własnej autora, a zawierającej te dwoinki (autor nigdy na płuca nie chorował), zabijało ją przeciętnie w 36 godzin. — Po spożyciu tych mikrobów myszy nigdy nie chorowały. Hodowle ich ze śliny traciły jadowitość po 5—6 dniach. Te same wyniki miał autor z mikrobami, uzyskanymi ze śliny innego zdrowego człowieka. Szczepienia szczurów były zawsze bez skutku. Dwoinki, pochodzące z człowieka zdrowego, po przejściu przez mysz domową nabierały gwałtownej jadowitości i utrzymywały ją w hodowli agarowej około 20 dni. Jeszcze drugie pokolenie było jadowite i zabijało mysz i szczura. Na tej podstawie dowodzi autor, że dwoinki, aby się stać niebezpiecznemi dla człowieka, muszą przejść przez wrażliwe zwierzę. Takiem zwierzątkiem, żyjącem w ludzkich mieszkaniach i to głównie w tych porach roku (zima, początek wiosny), gdzie najczęściej się zjawia płatowe zapalenie płuc, jest mysz. Zakaża się ona mało jadowitymi dwoinkami z powietrza lub śliny ludzkiej, po pewnym czasie pada gdzieś w kącie, a rozkładające się jej ciało uwalnia jadowite mikroby. I kał myszy zawiera jadowite mikroby. A że przewietrzanie mieszkań w czasie chłodnym jest zwykle niedostateczne, mikroby się mnożą i stają coraz jadowitsze. Dla uzupełnienia swej teoryi szukał autor po ludzkich mieszkaniach padłych myszy i badał, czy zawierają dwoinki. W krwi kilku padłych myszy znalazł dwoinki okrągłe i podłużne. Na ogół znajdował prątki okrężnicy, szczególniej w kilka godzin po śmierci zwierzęcia, bo wtedy prątki te zalewają organizm tak, że znajdował czasem te prątki obok dwoinek. Hodowle z krwi tych myszy zawierających dwoinki i prątki są bardzo jadowite. W małych dawkach zabijają w 10 godzin i mysz i szczura. — Wszystkie te doświadczenia dowodzą wedle autora słuszności jego teoryi. I fakty przemawiają za tą teoryą. Autor podaje następujące fakty za Jürgensenem: 1) Zapalenie płuc nie zjawiło się wcale w r. 1812 wśród armii napoleońskiej w czasie nieszczęsnego odwrotu z pod Moskwy. To samo nie spotykano się z niem wśród wojny krymskiej. Fakt ten obala teoryę, przypisującą w tej sprawie przeziębieniu wielkie znaczenie, bo nikt nie zaprzeczy, że armia napoleońska dobrze marzła w czasie odwrotu. 2) Zapalenie płuc częściej nagabuje żołnierzy w kasarniach, niż biwakujących w polu, rzadko się zjawia u marynarzy na pełnem morzu, ale często, kiedy marynarz wychodzi na ląd. 3) Zapalenie płuc spotykamy tem rzadziej, im się bardziej oddalamy od równika, a zbliżamy do bieguna. Nie znają go prawie w Islandyi, szczególniej w miasteczkach w głębi wyspy, ale zjawia się czasem w miastach portowych. Fakty te dadzą się tem właśnie wytłómaczyć, że i myszy jest tem mniej, im bardziej zbliżamy się do bieguna, i że ich więcej w portach, dokąd przywożą je okręty, niż w głębi wysp. — Obok dwoinek zawiera krew padłych myszy i jadowite prątki okrężnicy, które z rozpadem ciała myszy dostają się na zewnątrz i łatwo mogą zakażać ludzi. — W celach ochronnych radzi autor palić padłe myszy i szczury, niszczyć myszy wogóle po mieszkaniach, budować zdrowe domy, gdzieby nie mogły się chować myszy, mieszkania dobrze wietrzyć i czysto utrzymywać. *Stahr.*

Biełonowski. **Wpływ wyjałowionego pokarmu na florę kiszek.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 21). Do doświadczeń używał autor (z pracowni prof. Miecznikowa w Paryżu) myszy. Jedne otrzymywały ziarno wyjałowione przez suche gorąco i wyjałowioną wodę; drugie — zamiast wody otrzymywały wyjałowione mleko. Obserwacya trwała 7 miesięcy. O ilości bakteryi sądził autor z ilości kolonii wyrosłych na agarze; okazało się, że ilość kolonii wcale się nie zmieniła. Gdy zaś zabił kilka myszy, użytych dla doświadczenia i porównał je z myszami kontrolnemi, okazało się, że w zawartości ich żołądka była 5—6 razy większa ilość kolonii. Widocznie więc, że ten nadmiar przypada na mikroby, które giną w cienkich jelitach prędzej, nim dojdą do grubych. Ostateczny wynik badań autora świadczy, że wyjałowiony pokarm wcale nie wpływa na florę kiszek u myszy.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

B. Cholcow. **Rzadki przypadek zboczenia w budowie nerki. Skrzyżowane stałe przemieszczenie** (*dystopia*). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 34). Na sekcyi 24-letniej kobiety, zmarłej wskutek przewlekłego zapalenia wsierdzia, okazał się brak nerki po prawej stronie, w lewej stronie znaleziono nerkę długości 13, szerokości 10 ctm., na 2 palce poniżej zwykłego umiejscowienia; nerka była zrazowatą. Posiadała ona 2 miedniczki; z każdej miedniczki odchodził jeden moczowód zupełnie drożny, który uchodził do pęcherza w zwykłem miejscu. Pęcherz moczowy, trójkąt Lieutauda, otwory moczowodów zachowywały się prawidłowo. Nadnercza znaleziono z obydwóch stron w zwykłych miejscach. Stosunek naczyń był następujący: Tętnica główna brzuszna daje jedną tętnicę nerkową, która we wnęce nerkowej rozdziela się na 3 gałęzie. Kilka wychodzących z nerki

żył wytworzyły 2 nerkowe żyły, które idą ku głównej żyle dolnej. Z górną żyłą nerkową łączyła się żyła z lewego nadnercza. W narządach płciowych stosunki prawidłowe. Na podstawie obecności 2 miedniczek nerkowych, 2 moczowodów i t. d. autor wnosi, że w danym przypadku ma miejsce przemieszczenie prawej nerki na lewą stronę z następowym zrostem jej z lewą nerką. Zboczenie tego rodzaju stanowi nadzwyczajną rzadkość; dotąd opisano tylko 16 przypadków. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Bergell i Sticker. **O patogenezie i swoistym rozkładzie guzów rakowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 38). W 23 Nrze tegoż czasopisma podali Leyden i Bergell spostrzeżenie nad działaniem pewnych istot, wydobytych z prawidłowej wątroby zwierząt, na raki i mięsaki. Istoty te drogą zaczynów wywoływały szybkie obumarcie i rozpływanie się guzów. W następstwie tych spostrzeżeń wypowiedzieli nawet zdanie, że rozwój nowotworów polega właśnie na braku lub skąpej ilości tej fermento-hydrolitycznej siły. Potem Bergell i Lewin wykazali nawet doświadczalnie, że u zwierząt rakowatych brak często w wątrobie wspomnianych istot, lub też znajdują się one tamże w bardzo skąpej ilości. Próby Leydena, Bergella i Lewina leczenia temi istotami raków ludzi i zaszczepionych guzów u myszy okazały się skuteczne, lecz też bardzo niebezpieczne. B. i S. stosowali to leczenie na doświadczalnych mięsakach psów, które to guzy są niejako wstępem do guzów ludzkich. Wyniki osiągnęli następujące: Wstrzykiwania fermentów wątrobnych wywołały w mięsakach wsteczne zmiany, które w końcu prowadziły do zupełnego zniknięcia guzów, a raz nawet do zniknięcia przerzutu w gruczole. W miejsce guza wytwarzała się torbiel, wypełniona płynem surowiczym. Drobnowidowo wykazać można było naciek, złożony z limfocytów, wypełnionych rozpadłemi cząstkami komórek nowotworowych. Niedawno ogłosił też Bier swoje spostrzeżenia nad rozpadaniem się nowotworów pod wpływem wstrzykiwań obcej gatunkowo surowicy krwi. Działanie to zupełnie podobne, tylko u Biera surowica wywoływała objawy zapalne, czego przy fermentach się nie spostrzega. Działanie to surowicy odpowiada raczej wpływowi radu na nowotwory. Dalsze badania nad tą ciekawą sprawą prowadzą autorowie dalej. *Klęsk.*

Barankiejewa. **Wpływ gorączki na przebieg zakażeń.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 25). Autorka (z kliniki prof. Lewina w żeńskim lekarskim Instytucie w Petersburgu), w celu badania wpływu gorączki na przebieg zakażeń u królików, wywoływała w nich gorączkę ukłuciem mózgu według sposobu Aronsohna i Sachsa. Zwierzęta zabieg ten znosiły bardzo dobrze: w cztery godziny potem ciepłota podnosiła się u nich zwykle do 40—41° C., a niekiedy i do 42°, utrzymywała się na tej wysokości przez 2—4 dni, poczem powoli opadała; przy najwyższej ciepłocie zabijała autorka królika i badała krew (z serca, śledziony i wątroby), by stwierdzić w niej obecność mikrobów. We wszystkich 9 przypadkach we krwi gorączkujących królików znalazła albo gronkowca białego, albo paciorkowca. W drugiej grupie doświadczeń autorka badała wpływ gorączki na naturalną odporność. W tym celu królikom wstrzykiwano pod skórę czystą hodowlę *pneumobacillus Friedländeri* (nieszkodliwego zupełnie dla królików) podczas sztucznie sprowadzonej gorączki. Z kontrolnych królików nie zachorował żaden, natomiast króliki użyte do doświadczenia (siedem królików) zginęły wszystkie, przyczem na sekcyi znaleziono ogniska obumarłe w wątrobie, ogniska zapalne w płucach i t. d. W trzeciej grupie doświadczeń autorka badała stosunek organizmu gorączkującego do mikrobów chorobotwórczych. W tym celu użyto hodowli białego gronkowca o bardzo niewielkiej jadowitości, takiej, że króliki znosiły dobrze śródżylne wstrzykiwania 1—2 decigrm. hodowli; gorączkujące natomiast króliki ginęły po upływie 2—3 dni, przyczem w wątrobie i nerkach znajdowano obumarcie, w osierdziu — mętny płyn, w śledzionie niekiedy zawały, we krwi zaś obfitą ilość białego gronkowca. Na podstawie powyższych badań wnosi autorka, że podniesienie ciepłoty ciała, wywołane przez ukłucie w mózg, wcale nie zwiększa siły organizmu do walki z zakażeniem, lecz przeciwnie obniża ją, gdyż 1) gorączkujący organizm bardzo łatwo poddaje się samozakażeniu, które, zresztą bardzo rzadko, może prowadzić ku wtórnym lub mieszanym zakażeniom; 2) gorączka niszczy naturalną odporność organizmu nawet wrodzoną, a tembardziej osobniczą, a przez to naraża organizm nawet na takie zakażenia, które w prawidłowych warunkach nie przydarzają się; 3) gorączka obniża odporność organizmu wobec przenikania i rozmnożenia się mikrobów tak, że on bardzo łatwo ulega zakażeniu nawet bardzo osłabionymi chorobotwórczymi mikrobami. Te wszystkie fakta, zdaniem autorki, zachwiać muszą wiarę w dobroczynne działanie gorączki na organizm podczas chorób zakaźnych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

R. Bachrach i J. Bartel. **O wpływie kwasu nukleinowego na jadowitość laseczników gruźlicy ludzkiej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 35). Kwas nukleinowy już w znacznych rozcieńczeniach w przeciągu krótkiego czasu niszczy lub osłabia różne bakterye; inaczej się zachowują wobec niego mikroby gruźlicze. Kwas nukleinowy, dodany do pożywek zawierających białko, osłabia żywotność bakteryi gruźliczych, podczas gdy w wodzie przekroplonej z dodatkiem kwasu nukleinowego mikroby gruźlicze dłużej zachowują swe własności biologiczne, niż w samej wodzie przekroplonej. *Kostrzewski.*

E. Sues. **W sprawie różniczkowego barwienia bakteryi perlicy sposobem Spenglera.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). Sposoby barwienia, podane przez Spenglera, które jakoby w sposób właściwy mają barwić bakterye perlicy — i służyć do odróżniania w ten sposób typu bydlęcego i typu ludzkiego wśród laseczników gruźlicy — znaczenia tego nie mają, bo tak samo barwią mikroby gruźlicy ludzkiej.

Różnice, jakie mikroby gruźlicze często okazują w różnych wypadkach chorobowych pod względem barwienia się, własności biologicznych i morfologicznych, zdaniem autora, są cechami pewnych odmian mikroba i gruźlicy ludzkiej, które nie upoważniają do odróżniania osobnych typów. *Kostrzewski.*

Axamit i Tsuda. **Badania nad swoistością działania opsonin w surowicy normalnej.** (*Wiener klin Wochs.* 1907, Nr 35). Z badań autorów wynika, że opsoniny w surowicy krwi zwierząt nieudopornionych, nie są ciałami swoistemi. *Kostrzewski.*

Axamit. **Badania nad przekrwieniem zastoinowem u królika.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). Badania, czy bakteryobójcze działanie przesięku, otrzymanego sposobem Biera, jest większe od takiego działania surowicy, i czy można w niem wykazać nagromadzenie się ciał uodparniających, wykazują: 1) bakteryobójcze działanie przesięku jest słabsze, niż surowicy danego zwierzęcia; 2) nie można w niem wykazać miejscowego powstawania ciał uodparniających; 3) ciał uodparniających do przesięku dostaje się z krwi mniej, niż ich zawiera surowica krwi. *Kostrzewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Bretschneider. **Wyniki badania krwi u osób nerwowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Nadzwyczaj silną pobudliwością ośrodków naczynioruchowych u osób nerwowych tłómaczy Grawitz łatwość zagęszczania lub rozrzedzania się krwi w naczyniach włosowatych, za czem idą nieprawidłowo wysokie lub nieprawidłowo nizkie wartości tak ilości hemoglobiny, jak ciałek krwi. Trudno jednak wytłomaczyć spostrzeżenia Goetta, który widywał równocześnie prawidłowe ilości hemoglobiny, a bardzo nizkie ilości krwinek czerwonych. Spostrzeżeń jego autor stwierdzić nie mógł, w jego bowiem przypadkach ilość hemoglobiny i krwinek rosła lub malała zawsze miarowo. *Dr M. G.*

Aufrecht. **Leczenie obłędu opilczego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Autor leczy obłęd opilczy dużemi dawkami chloralu (4 gr. pro dosi w 15 gr. syrupu), podając je z reguły na noc najwyżej przez 3 dni. Po pierwszej dawce chory się zazwyczaj uspakaja, zasypiając po drugiej, lub najdalej trzeciej. Dłużej, niż 3 dni, napad nie trwa nigdy. W czasie zapalenia płuc u nałogowego pijaka można postępować tak samo, podając tylko alkohol u osób bardzo wątłych. W przeciwieństwie do morfinistów nigdy nie ponoszą opilcy szkody skutkiem nagłego nawet usunięcia alkoholu. *Dr M. Godlewski.*

Wiens. **Sposób bakteryologicznego badania krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 32). Jako pierwotnej pożywki używa autor zwłaszcza w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc i posocznicy okrężnicowej zawsze pożywki płynnej (10 prc. wody peptonowej + 1 prc. dekstrozy-pożywka słabo alkal.). Do 10 ctm. tej pożywki dodaje 1 ctm. krwi. Po 24-godzinnym pobycie w cieplarce, szczepi się osadem agar, na którym powstają cechujące kolonie. *Dr M. Godlewski.*

Soubeer. **Wydzielanie wytwarzanego w organizmie kwasu moczowego** (endogene Harnsäure) **w czasie napadu dny.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 28). Krzywa wydzielania się kwasu moczowego jest u człowieka zdrowego po pokarmie mięsnym zupełnie stała (Pfeil), zupełnie zaś nieprawidłowa u cierpiącego na dnę w czasie od napadu wolnym. W czasie samego napadu — jak o tem dokładne spostrzeżenia autora pouczają — wzrastają wartości wydzielanego kwasu moczowego, w poszczególnych jednostkach czasu wydzielanego; przytem również stwier-

dzić można zupełną niezależność wydzielanej ilości tego produktu do dyety, co oczywiście ma wielką wagę praktyczną.

Dr Maryan Godlewski.

Baer. **Wynik leczniczy, działanie toksyczne i opsoniczny współczynnik pod wpływem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 34). Autor przytacza przypadek, gdzie pod wpływem stosowania surowicy Marmorka po 5 cm. w lewatywach uległa wyleczeniu sprawa swoista w stawie. Przypadek poucza, że nieprzewidzianie przy stosowaniu tego sposobu zjawić się mogą zastraszające objawy (zapad, oddech Cheyne-Stokesa, utrata przytomności), które w tym wypadku minęły szczęśliwie. Ciekawy i niezaprzeczony jest wzrost opsonicznego współczynnika w ciągu stosowania surowicy. *Dr M. Godlewski.*

Curschmann. **O histerycznych potach.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 34). U matki i dorosłej córki od lat trwające, a codziennie kilkakrotnie o jednej porze zjawiające się rozpływne poty wraz z podniesieniem ciepłoty ciała uleczone odrazu zapomocą poddawania. Rzecz ważna nietylko ze względu na rzadki objaw histerycznego pocenia się, lecz także ze względu na tak bardzo w literaturze omawianą histeryczną gorączkę.

Dr Maryan Godlewski.

Hofmann. **Nieregularność tętna, a wzdymanie się żołądka.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 34). U mężczyzny 52-letniego, duszność, uczucie ściskania w okolicy serca, tętno nieregularne, zjawiające się napadowo, zwłaszcza po jedzeniu, były następstwem wysokiego ustawiania się przepony (stwierdzone promieniami Roentgena) skutkiem wzdymania się żołądka i niewłaściwego oddychania; chory oddychał tylko górną częścią klatki piersiowej. Masaż okolicy żołądka i pouczenie w jaki sposób należy oddychać — usunęły te objawy. *Kostrzewski.*

Huchard i Amblard. **O napadach wzmożonego parcia tętniczego (crises d'hypertension artérielle) w przebiegu duru brzusznego.** (*Révue de médécine* 1907, Nr 7). Jeżeli w przebiegu duru pojawi się napad wzmożonego parcia tętniczego, połączony z objawami sercowymi (galop), mniej lub więcej zaznaczonymi, które powodują tę hypertenzyę, wówczas należy się obawiać nagłego pogorszenia się stanu ogólnego u chorego. Zachodzi wówczas właściwie tylko napad względnego wzmożenia się parcia, bo zazwyczaj w przebiegu duru parcie tętnicze bywa silnie obniżone. Zjawisko to pozwoliło autorom w licznych przypadkach przewidzieć pogorszenie się choroby, a mianowicie krwotoki kiszkowe i pęknięcie kiszek przed pojawieniem się groźnych objawów klinicznych. Parcie tętnicze połączone z objawami sercowymi podnosiło się w przypadkach autorów z 10—11 do 16—17 cm. *Blassberg.*

Mosny i Malloinel. **Ołowicze zapalenie opon mózgowych (Meningitis saturnina).** (*Révue de médécine* 1907, Nr 6—7). We wszystkich okresach ołowicy może się ujawnić zgubny wpływ ołowiu na ośrodki nerwowe i ich osłony, który przejawia się niekiedy wybitnie klinicznie, a zawsze da się wykryć przy cytologicznem badaniu płynu mózgowego, wykazującem wybitną limfocytozę. Przejawy takiego ołowiczego zapalenia opon mózgowych bywają zapoznawane w postaciach utajonych lub niezupełnych, w tak zwanych histologicznych zapaleniach opon, które zdarzają się zazwyczaj u chorych dotkniętych ołowicą od niedawna. Postacie te często pojawiają się w przemijających napadach ostrych i towarzyszą okresowi kolek. W późniejszych okresach ołowicy, zwanych przez autorów przez analogię do kiły paraołowicami, odczyn ten często znika. — Inne postacie zapalenia opon mózgowych dotąd obejmowano nazwą »encephalopathia saturnina«. Pojęcie to dotychczasowe należy zróżniczkować, bo mieści ono w sobie więcej postaci ołowicy. I tak postacie przedwczesne (précoces) rozwijają się u robotników zatrutych w sposób gwałtowny i obficie. Mogą one pojawić się razem z kolką i zawsze odpowiadają odczynowi w płynie mózgowordzeniowym. Inne postacie zapaleń oponowych późnych (tardives) są ostre lub podostre i występują u jednostek z usposobieniem osobniczem. Przypominają one klinicznie paraliż postępowy, od którego się różnią brakiem niedołęstwa umysłowego i uleczalnością. W końcu do obrazu klasycznej »encephalopathia saturnina« należy jeszcze zaliczyć zaburzenia nerwowe paraołowicze, wywołane bądźto przez następowe nerwice toksyczne, miażdżycę tętnic lub mocznicę, a które od ołowiczych zapaleń oponowych odróżniają się brakiem odczynu oponowego. Autorowie ilustrują swoje powyższe poglądy na szczegółowych spostrzeżeniach 47 chorych dotkniętych ołowicą. *Dr Blassberg.*

Leon Blum. **Znaczenie różnych metod laboratoryjnych w rozpoznaniu duru.** (*Semaine médicale* Nr 37, 1907). Autor opiera się na 210 przypadkach, spostrzeganych ostatnimi laty w klinice strasburskiej. Pierwszorzędne znaczenie dla rozpoznania duru ma wykrycie prątka durowego w krwi chorego. Rozpoznanie wtedy jest bezwzględnie pewne. Autor stosował metodę Kaysera-Conradiego z następującymi wynikami: Na 36 chorych 32 razy szczepił krew w pierwszym tygodniu choroby. W przypadkach ciężkich był wynik badania zawsze dodatni, w zakażeniach średniego nasilenia znajdował prątki u $^3/_4$ chorych, a w połowie przypadków u lekko chorych. Wysiewanie krwi chorego w późniejszych okresach dawało w przypadkach ciężkich jeszcze 81 prc. wyników dodatnich, w postaciach średniego i małego nasilenia chorobowego wynik ujemny był tem częstszy, im późniejszy był okres choroby. I tak n. p. w przypadkach lekkich i w drugim tygodniu znalazł prątki raz 1 na 18, t. j. 6 prc. W okresach późniejszych wynik był zawsze ujemny. Jak wiadomo, niektórzy inni badacze znajdowali tym sposobem zawsze prątki durowe. Sprzeczność tę tłómaczy autor tem, że statystyka jego obejmuje większą ilość chorych, niż statystyki wszystkie razem dotąd ogłoszone, a nadto obejmuje i przypadki lekkie i średnie. A więc tem prawdopodobniej znajdzie badacz każdy prątki durowe w krwi chorego, im zakażenie cięższe i im wcześniej od początku zakażenia wysieje krew chorego. W dalszej części swej pracy zajmuje się autor sprawą serodyagnostyki. W pierwszym tygodniu choroby daje serodyagnostyka w połowie przypadków wyniki ujemne, jest więc w tym okresie na pewno mniej pewną, niż hemokultura, szczególniej w przypadkach ciężkich i średnich, bo w przypadkach lekkich właśnie przeciwnie często serodyagnostyka ułatwia rozpoznanie duru. W okresach późniejszych oba sposoby dają w przypadkach ciężkich te same wyniki, w postaciach zaś średnich i lekkich wynik aglutynacyi przewyższa znacznie wysiewanie krwi. Aglutynacya zawodzi z początku w połowie przypadków, może jednak być długo ujemną, a nawet nie zjawić się w czasie ozdrowienia. Takich przypadków widział sporo autor, ale nie widział takiego przypadku, gdzieby hemokultura dała wynik dodatni, a seroreakcya pozostała ujemną przez cały ciąg choroby. Dochodzenie seroreakcyą, czy chory zakażony durem, czy paratyfusem, nie ma wielkiego znaczenia praktycznego: obie choroby są zakaźne i obie leczymy w klinice objawowo. Na podstawie doświadczenia swego w sprawie serodyagnostyki durowej wypowiada autor następujące wnioski: wynik ujemny, szczególnie w początku choroby nie wyklucza duru, wynik dodatni nie pozwala na orzeczenie, że chory w danej chwili jest zakażony durem, bo i w długi czas po przebytym durze aglutynacya bywa dodatnia. Szukania prątków w wydzielinach nie poleca autor bardzo gorąco, jako zabiegu żmudnego, a niepewnego, chociaż sam zawsze to robił, ile razy zawiodła hemokultura i serodyagnostyka, a objawy kliniczne kazały mu myśleć o durze. Diazoreakcyi Ehrlicha odmawia autor wszelkiego znaczenia dla rozpoznania różniczkowego. Wielką natomiast wagę przywiązuje do liczenia leukocytów i do formuły leukocytozy. Leukopenia szczególniej w pierwszych dniach nie jest stałym objawem. Na 100 chorych 59 miało leukocytów mniej, niż 5000, 35 okazywało ilość prawidłową, a 6 chorych nawet wyżej 9000. A więc brak leukopenii nie wyklucza duru, bo szczególniej z początku choroby bywa hyperleukocytoza wielojądrzasta, po za tem wpływ w tym względzie mają i powikłania, a ostatecznie czasem i bez znanej przyczyny bywa stale leukocytoza w durze. Tylko leukopenia przemawia za durem, i to leukopenia z mononukleozą. *Stahr.*

Uspenski. **Leczenie przetworami mózgu.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 14). Ponieważ komórki nerwowe w zwykłej ciepłocie już po 24—30 godzinach niszczeją, przeto, chcąc otrzymać z mózgu wyciąg skuteczny, należy go przyrządzać już w 5—7 godzin po zabiciu zwierzęcia. Posługiwać się można wyciągami wodnymi lub glicerynowymi. U. twierdzi, że najskuteczniejszy jest wyciąg wodny przy zastosowaniu podskórnem (15—20 ctm.^{3} dziennie). W przewlekłych chorobach nerwowych używać się ma po 2 ctm.^{2} na dzień, w wiądzie rdzenia 4—5 ctm.^{3}.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

P. L. Edel. **W sprawie raka.** (*Mediz. Woche* 1907, Nr 26). Autorowi wydaje się rozwój raka przeciwieństwem rozwoju tkanek zarodkowych. U zarodka różnicują się stopniowo komórki, pierwotnie jednakowe, na rozmaite tkanki; w raku buja jedna tylko tkanka, wywołując zanik innych. Opierając się na nauce o cytotoksynach, mniema E., że w surowicy zarodka znajdują się substancye, hamujące rozrost komórek nabłonkowych poza pewną granicę i dające bodziec do różnicowania się tkanek i że te substancye takie i w życiu późniejszem istnieją

i mają za zadanie utrzymywać tkankę nabłonkową we właściwych granicach. Zniknięcie tych (n. b. przypuszczalnych tylko!) substancyi z ustroju miałoby być podstawą usposobienia do raka: w takim razie bowiem bujanie nabłonka, wywołane n. p. pod wpływem urazu, a niczem nie powstrzymywane, przekraczałoby fizyologiczne granice. E. proponuje na zasadzie takich (niczem niepopartych) przypuszczeń, by chorym na raka wstrzykiwać surowicę ludzi zdrowych, aby w ten sposób dostarczyć ich ustrojowi owych domniemanych, a (jego zdaniem) brakujących substancyi, hamujących rozrost nabłonka.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Teutschländer. **W sprawie bąblowca** (*echinococcus alveolaris*). (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte* 1907, Nr 14). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w okolicy St. Gallen, gdzie bąblowiec zdarza się endemicznie, dochodzi T. do następujących wniosków: Hodowla bydła i praca w polu i w lesie zdają się sprzyjać zakażeniu. Na usadowienie się pasorzyta w tym lub owym narządzie wpływają czynniki mechaniczne. W początkach choroby powstają zmiany zapalne błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, oraz obrzęk śledziony, czego nie ma w przypadkach starszych, dalej posuniętych. T. spostrzegał przypadek bąblowca w nadnerczu prawem (dotąd nie opisywano takiego usadowienia się sprawy), dokąd dostał się on prawdopodobnie przez wątrobę.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Pospischill. **Płonicze zapalenie mięśnia sercowego** (*myocarditis scarlatinosa*). (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 37). P. spostrzegał u chorych na płonicę ze strony serca następujące objawy: powiększenie granic serca; nad końcem i w okolicy podstawy serca pierwszy ton rozszczepiony, któremu towarzyszy szmer, podobny do tego, jaki się słyszy w przypadkach zapalenia osierdzia; czasem drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony, praca serca niemiarowa. Objawy te występują przeważnie w początkach choroby, są prawdopodobnie następstwem zmian mięśnia sercowego, a obecność ich pozwala rozpoznawać płonicę w tych przypadkach, gdzie brak innych objawów, cechujących dla tej choroby. *Kostrzewski.*

Dunger. **Zachowywanie się krwinek białych przy śródżylnych wstrzykiwaniach kollargolu i tegoż znaczenie kliniczne.** (Posiedz. Tow. przyrodn. i lek. Drezno 1907, 20. IV). Badania krwi w liczbie 300 przeprowadził D. na 16 chorych, leczonych śródżylnemi wstrzykiwaniami kollargolu. Po wstrzyknięciu liczba krwinek białych spada do połowy, potem dopiero występuje zwolna powiększenie, w 24 godzin liczba wraca do prawidła. Już przy 2. lub 3. wstrzyknięciu powiększenie się ilości krwinek białych jest coraz mniejsze. Największym wahaniom ulega ilość wielojądrzastych neutrofilów. Występujące po wstrzyknięciu dreszcze i podniesienie ciepłoty odnosi D. właśnie do rozpadu krwinek i uwalniania się zaczynów, co zapewne działa leczniczo n. p. w zapaleniu płuc przez rozpuszczanie zapalnych nacieków i wysięków. *Klęsk.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 4. października 1907.

Przewodniczący kol. prof. Gluziński poświęca gorące wspomnienie pamięci zmarłego kol. Rożańskiego i podnosi Jego działalność, jako inicyatora myśli utworzenia sekcyi naukowych w łonie Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich.

Na miejsce kol. Zawadzkiego, który objął służbę w szpitalu w Jarosławiu, wybrano zastępcą bibliotekarza kol. Reisa.

1) Kol. Reis (klin. okulist.) omówił przypadek **wyrwania gałki ocznej**, objaśniając rzecz preparatami. Wyrwanie gałki (*evulsio bulbi*) nastąpiło w tym przypadku wskutek uderzenia kopytem końskiem, przyczem uległ złamaniu górny łuk oczodołowy, a gałka tylko na strzępach zwisała na policzek tak, że musiano ją odjąć. Rzadkość przypadku podnosiła jeszcze ta okoliczność, że nerw oczny został oderwany w płaszczyźnie blaszki sitowej tak, że przy gałce pozostała jedynie pochewka jego (*evulsio nervi optici*). Przypadków takich, zwłaszcza z badaniem histologicznem, opisano zaledwo parę.

2) Kol. Wolf (oddz. chir. szpit.) mówił o **szwie tętnic.** Po krótkiem streszczeniu historyi tego szwu i opisaniu jego techniki, dodał prelegent do trzech przypadków, przedstawionych na X. Zjeździe lekarzy i p. p., obecnie dwa nowe. W jednym z nich zeszył kol. W. przecięte zupełnie tętnice: sprychową i łokciową, w drugim tętnicę ramieniową, po wycięciu 1 cm. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawiał kol. prof. Ziembicki, który z pierwszych omówionych przypadków zdawał sprawę na ostatnim Zjeździe chirurgów w Paryżu, a obecnie podnosi tak trudności techniczne zabiegu, jak i wytrwałość kol. Wolfa, sekundaryusza oddziału, który nie pomija żadnego przypadku, nadającego się do wykonania szwu tętnic.

3) Kol. Czyżewicz (jun.) przedstawił praparaty anatomiczno-patologiczne z następujących przypadków (z oddz. położ.-ginekolog. szpit.):

a) **Obumierający włókniak macicy** u 52-letniej chorej. Prelegent przestrzega, by zawsze zachować ostrożność co do włókniaków, pozostawionych u osób starszych, przestających miesiączkować, podnosząc, że obumieranie takich guzów łatwo może nastąpić.

b) **Ciąża jajowodowa** u 26-letniej osoby. Po rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej wykonano laparotomię; w wyjętym jajowodzie, znacznie powiększonym, znaleziono całe jeszcze jaje płodowe (bez płodu). Brzuszne ujście jajowodu było rozszerzone i otoczone skrzepami, na dowód rozpoczynającego się poronienia.

c) **Rak trzonu macicy** u 60-letniej chorej, której stan sił nie pozwalał na inny zabieg, jak usunięcie macicy przez pochwę. Wkrótce też stwierdzono nawrót choroby. Preparat przedstawia uszypułowany guz wielkości orzecha włoskiego, w dnie jamy macicznej. Prelegent podnosi przy tej sposobności, że 1) objaw Hegara, który w tym przypadku występował bardzo wyraźnie, nie może być uważany za właściwość ciąży, a zdarza się także przy guzach macicy; 2) stwierdzenie ruchomości macicy i braku nacieków w przymaciczu nie zawsze dowodzi, że sprawa poza macicę się nie posunęła.

W dyskusyi przemawiali kol.: Bocheński, A. Gluziński, Sołowij. Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3. września 1907 r.

1) Kozerski przedstawił **dziecko,** dotknięte **naczyniakiem jamistym, wyleczone zapomocą promieni radu.** Ciemnoczerwony naczyniak długości 23 mm., szerokości 15 mm., na 6 mm. wystający ponad powierzchnię skóry, znajdował się nieco poniżej wewnętrznego kąta lewego oka u rocznego dziecka. Naświetlano 5 razy w odstępach 3—4-tygodniowych. Wynik pod każdym względem doskonały. Skóra na miejscu, gdzie był naczyniak, jest gładka, równa, nieco cieńsza od prawidłowej, bez śladu rozszerzenia naczyń krwionośnych; barwa nie różni się od prawidłowej.

2) Żebrowski Aleksander wypowiedział rzecz: **O sprawach ropnych w błędniku usznym.** Ropne zapalenie błędnika, jak dowodzi współczesne piśmiennictwo w tej sprawie, nie należy do rzadkości. Stanowi ono nieraz powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. Błędnik wskutek swej budowy anatomicznej jest niejako pośrednikiem pomiędzy sprawą chorobową w uchu środkowem, a jamą czaszki. Przetoki i martwaki w torebce kostnej błędnika wraz z tworzeniem się ziarniny w różnych jego odcinkach są najczęstszą przyczyną przenoszenia się ropienia z błędnika do jamy czaszki. Odgrywają tu pewną rolę także: okienko owalne i okrągłe, wodociąg ślimaka i wodociąg przedsionka. Wodociąg przedsionka kończy się ślepym woreczkiem (*saccus endolymphaticus*), gdzie nieraz spostrzegano sprawy ropne. Ropna sprawa w błędniku usznym może być rozlana t. j. zająć przedsionek, wszystkie przewody łukowate i ślimaka, lub też ograniczyć się jedynie do niektórych odcinków błędnika. Prelegent w 3 spostrzeganych przez siebie przypadkach (zakończonych zejściem śmiertelnem) ropnego zapalenia błędnika znalazł ropę w całym błędniku. Friedrich twierdzi, że niema ograniczonych ropnych zapaleń w błędniku usznym, inni jednakże autorzy stwierdzali, że niewątpliwie spotyka się przypadki ropienia jedynie w poszczególnych odcinkach błędnika. Objawy kliniczne ropnego zapalenia błędnika podzielić można na dwie kategorye. Do pierwszej należą zjawiska ogólne, towarzyszące każdej ropnej sprawie w kości skroniowej, jako to: ból głowy i gorączka; do drugiej zaś zaliczyć trzeba symptomata czysto błędnikowe, jakoto: upośledzenie słuchu lub głuchota, szum w uszach, zaburzenia równowagi, »nystagmus«, wreszcie niedowład lub częściowe porażenie nerwu twarzowego. Mowca szczegółowo

omówił wszystkie powyższe objawy, przyczem zwrócił szczególną uwagę na występowanie drżenia gałek. Objawy błędnikowe dzieli on na dwie grupy; do pierwszej należą zjawiska dowodzące podrażnienia narządów (Reizsymptome) jak: nystagmus, szum w uszach, zaburzenia równowagi, do drugiej zaś — świadczące o wypadnięciu funkcyi (Ausfallserscheinungen), jak: głuchota i niemożność wywołania drżenia gałek. Wskazania do operacyi dostarczają objawy, świadczące o ropieniu w błędniku głównie wtedy, gdy u chorego na ropne zapalenie ucha średniego zjawiają się nagle objawy błędnikowe. W końcu mowca opisał metodę operacyjną otwarcia błędnika. *J. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie d. 21 września 1907 r.

W zastępstwie prezesa zagaił zebranie Łazarewicz, zaznaczając wzniosłe wrażenia, wywiezione z Krakowa i Lwowa. Wspaniałe przykłady postępów polskiej wiedzy, które nam dali nasi powołani przewodnicy naukowi na jedynych polskich wszechnicach, niechaj będą dla nas bodźcem do pielęgnowania nauki polskiej i w naszym zaborze. Następnie wspomina Ł. o zgonie dwóch kolegów, mianowicie: śp. kol. dr. Wincentego Tetzlaffa i Teodora Rakowskiego, z których pierwszy jako członek Zarządu Pomocy koleżeńskiej był wzorem koleżeństwa, a drugi pracował cicho, ale z pożytkiem w swym rodzinnym Inowrocławiu. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

Na przewodniczącego obrano kol. Radcę dra Panieńskiego, poczem nastąpiły demonstracye:

1) Panieński przedstawił ze swego oddziału w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia nader ciekawy i rzadki przypadek: 24-letni syn gospodarza, pochodzący ze zdrowej rodziny, odczuł naraz przed 1½ rokiem podczas młócenia cierpnięcie w prawej ręce. Równocześnie ukazały się na tej ręce plamy i zgorzel wskaziciela, który trzeba było w szpitalu odjąć. Po pewnym czasie nastąpiło porażenie lewej ręki, które atoli w przeciągu doby ustąpiło, zwiększyły się atoli bole w prawej ręce i nastąpiła zgorzel wielkiego palca, który również trzeba było odjąć. Pewnego dnia chory stracił nagle przytomność i spadł z krzesła, poczem powstało porażenie języka i lewej strony twarzy. Chory w prawej ręce nie ma tętna, pod i ponad obojczykiem z prawej strony wyczuwa się **tętniak tętnicy podobojczykowej.** Prześwietlenie promieniami Rentgena dało cień dosyć wielki pod obojczykiem. Chodzi więc widocznie o **pochodzący z tętniaka zator,** który wywołał porażenie.

W dyskusyi zabiera głos najprzód Skoczyński: W tak młodym wieku, gdy nie ma innych powodów do utworzenia się tętniaków, należy myśleć o tzw. żebrze szyjnem. Żebro takie z jednej strony może przez kaleczenie tętnicy podobojczykowej wywołać tętniak, z drugiej przez ucisk na splot barkowy wywołać porażenia i zmiany odżywcze. Ponieważ zazwyczaj takie żebro szyjne jest z jednej strony więcej rozwinięte, niż z drugiej, przeto też się je tutaj wyczuwa tylko z tej strony, gdzie jest tętniak. S. sądzi, że i cień rentgenogramu pochodzi po części od tego żebra.—Święcicki zwraca uwagę na prace Kostaneckiego i Mieleckiego, którzy opisywali tworzenie się takich wyrośli kostnych na podstawie łuków skrzelowych. — Skoczyński żebra szyjne uważa uważa za wrodzone. Rosną one jednak czasami naraz podczas okresu dojrzewania między 16—20. rokiem życia, czasami też pozostają zupełnie bez objawów.—Panieński dziękuje poprzednim mowcom za zwrócenie uwagi na etyologię tętniaka. Podejmie się jeszcze zrobić fotografię rentgenowską celem dokładniejszego stwierdzenia stanu rzeczy.—Pomorski godzi się na zapatrywanie Panieńskiego co do zatoru. Wielkość jednak tętniaka w rentgenogramie kładzie na karb wyrośli kostnej. — Panieński podtrzymuje swe zapatrywanie, że chodzi tylko o tętniak, w prześwietleniu uwydatniający się bardzo wyraźnie.—Łazarewicz przypuszcza, że tutaj więcej kostna wyrośl przedstawia się jako cień. — W końcu jeszcze zabiera głos Skoczyński, zwracając uwgę na nadzwyczajną rzadkość przypadku i obfitość objawów, polegających jednak na odrębnych powodach.

2) Panieński przedstawia 20-letn. mężczyznę, pochodzącego ze zdrowej rodziny. W 14. r. cierpiał on na oczy i leżał przez 16 tygodni w klinice, poczem pozostały pewne zamglenia rogówki. Przed 5 laty doznawał bolesności w prąciu i trudności w oddawaniu moczu, połączonej z wyciekiem ropnym. Od tego czasu prącie puchło, aż przed kilku tygodniami wykonano w szpitalu obrzezanie. W cztery dni po operacyi nastąpił ból w prawej stronie piersi i pokazały się ropne plwociny. W ograniczonem miejscu płuc pozostało stłumienie. P. rozpoznaje **słoniowacinę prącia i moszny,** wywołaną przez przewlekłe zapalenie napletka.

W dyskusyi zaznacza Święcicki, że zauważył u chorego brak gruczołu tarczowego. To go naprowadza na myśl, czy nie chodzi tu o łączność tych dwóch objawów.—Mieczkowski przychyla się do zdania prelegenta, że chodzi o słoniowacinę w następstwie zapalenia napletka. Podobnie przy załupku przez przewlekły obrzęk mogłoby dojść do słoniowaciny. Spodziewa się skutku przez wycięcie klina. — Panieński wspomina, że zapalenie żołędzi mimo operacyi nie ustało. — Pomorski sądzi, że chodzi tu raczej o bujanie tkanki tłuszczowej. — Łazarewicz zapytuje o stan gruczołów pachwinowych. Zwykle słoniowacina w tych miejscach tworzy się po wycięciu gruczołów. Co do sprawy płucnej, to przypuszcza zator z miejsca operowanego. — Pomorski zwraca uwagę na łatwość zatoru np. przy operacyach sterczu. — Mieczkowski wspomina o zatorze płucnym przy operacyi zapalenia okołokątniczego. — Pomorski powód obrzmienia uważa za miejscowy, w przeciwieństwie do Święcickiego, który podtrzymuje swoje mniemanie i radzi na próbę podawać tyreoidinę.

3) Wykład dra Heliodora Święcickiego: **O katalizie.** Badania naukowe w dziedzinie fizyki i chemii mają nieraz dla medycyny nieobliczalną doniosłość. Tak było z promieniami Röntgena, jak jest z teoryą dyssocyacyi jonów. Pojęcie »katalizy« pochodzi od Berzeliusa, który przed 50 laty je wprowadził. Wskutek jednak potępienia przez Justusa Liebiga poszło w zapomnienie. Teraz na nowo na nie zwrócił uwagę Loeb, a fakt, że w dziele swem przytacza przez dwie strony Berzeliusa, świadczy o doniosłości dzieła zapomnianego uczonego. Jedynie Ludwig w Lipsku teoryi katalitycznej sprzyjał i wspomina o niej około r. 1850. Obecnie zawdzięczamy głównie Ostwaldowi wypracowanie teoryi o katalizie. Rozumiemy pod tem słowem proces, w którym pewne metale, nie działając czynnie, przyspieszają przemiany odczynowe. Bredig odkrył, że złoto, srebro, a szczególnie platyna, mają pod tym względem te same własności, co fermenty, a i sole tych metali działają jeszcze w rozczynie 1:70,000.000. Schade zwrócił uwagę, że działanie rtęci, jodu i srebra w wielkiej części polega na ich własnościach katalitycznych. Mówca rozwodzi się następnie o trzech rodzajach katalizy, mianowicie: 1) nieodwracalnej, 2) odwracalnej, 3) autokatalizie, wspomina o pracach z instytutu Nenckiego, podjętych przez Sieberową o globulinie, dalej o »opsoninach« Wrighta. W surowicy i w lecznikach znajdują się takie opsoniny. Od opsoninów zależy do pewnego stopnia fagocytoza, którą można przez odpowiednią surowicę zwiększyć. Zwiększanie się gruczołów chłonnych, dalej śledziony, migdałów itd., jest to samoobrona ustroju celem wydania zwiększonej liczby katalizatorów, tj. leukocytów. Podobnie jako katalizator działa surowica drożdżowa Deutschmanna, której wpływ na różne sprawy jest nader dodatni. Jolles i Oppenheim badali siłę katalityczną ustroju w stanie prawidłowym i chorym i znaleźli ją np. przy raku o 20 razy zmniejszoną. Największą siłę katalityczną według Loeba mają zawiązki płodowe. To też dzięki ich silniejszemu bujaniu tworzą się n. p. raki. Na nie, jak obecnie także Leyden utrzymuje, działa korzystnie pankreatyna, zawierająca bardzo wiele katalizatorów. Bardzo szczęśliwą była myśl Crédégo, gdy wprowadził w lecznictwo kollargol, zmniejszający własności hemolityczne krwi. Robin wykazał, że pod wpływem katalitycznego działania kollargolu przemiana materyi bardzo się zwiększa. Także rtęć i żelazo przy podobnych sprawach działają wstrzymająco, względnie przyspieszająco na przemianę materyi. Mówca wyraża nadzieję, że przy cukrzycy, gdzie ustrój jest za słaby, żeby rozłożyć cukier na kwas węglowy i wyskok, uda się za pomocą katalizatorów, zamieniających cukier na powyższe części, osiągnąć pomyślne wyniki. W końcu przechodzi mówca do organoterapii, która może także polega na katalizie. Korzystne działanie wyjęcia jajników przy zmięknieniu kości, brak trzustki jako powód różnych spraw chorobowych, rola nadnercza, przysadki, wreszcie szyszynki (*gl. pinealis*), gruczołków guzicznych i szyjnotętniczych prawdopodobnie da się wytłómaczyć teoryą katalizy. Tak więc dla nauki naszej otwierają się dzięki odkryciom fizyki i chemii nowe niezbadane horyzonty.

Panieński dziękuje prelegentowi za ciekawy i opracowany nadzwyczaj mozolnie odczyt, zagajający tak pięknie nowy okres naszej pracy.—Na wniosek Zakrzewskiego i Skoczyńskiego odłożono dyskusyę do następnego posiedzenia.

Nastąpiły sprawy Wydziału. Między innemi postanowiono w razie śmierci którego z kolegów, o ile możności wysyłać delegata, w każdym zaś razie rodzinie wyrazić współczucie i w miejsce wieńca przeznaczać pewną kwotę na Pomoc Koleżeńską.

Karwowski zapytywał o sprawę, dotyczącą artykułu niemieckiego Związku lekarzy w Lipsku. Panieński odpowiada, że akcya jeszcze niedokończona. Pismo żądanego sprostowania nie umieściło. *Dr Adam Karwowski.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

Rozmaite korporacye lekarskie i prasa lekarska w Austryi domagały się od dłuższego czasu uregulowania ochrony i walki z chorobami zakaźnemi zapomocą ogólno-państwowej ustawy. Wobec tego, że, jak wiadomo, Galicya stanowi dla państwa austryackiego wał ochronny przed zarazami, nadciągającemi od wschodu, i najbardziej zresztą na nie jest narażoną, ma sprawa ta dla kraju naszego szczególną doniosłość, którą oceniając powtarza Krajowa Rada zdrowia od szeregu lat we wnioskach swych żądanie ustawy o chorobach zakaźnych. Dotąd bowiem opierała się ochrona przed chorobami zakaźnemi i walka z niemi na rozmaitych rozporządzeniach, które w różnych krajach Cislitawii były różne, nieraz ze sobą w pewnych punktach sprzeczne, a w wielu przypadkach nie dostarczały rzeczywiście wykonywanym, a koniecznym zarządzeniom władz należytej podstawy prawnej.

Już od r. 1880 istnieje w Austryi ustawa państwowa o zwalczaniu zaraz bydlęcych, od tego też roku coraz częściej podnoszono potrzebę podobnej ustawy co do chorób zakaźnych ludzkich także i w Radzie państwa i w niektórych Sejmach krajowych. Nawoływania te długo nie odnosiły skutku; poźniej zapowiadali przedstawiciele rządu w Radzie państwa, że projekt ustawy zostanie wniesiony, ale zapowiedzi te nie spełniały się jakoś. Nareszcie w r. b. zapowiedzi te stały się bardziej stanowcze, aż wreszcie w ostatnich tygodniach rozeszła się wieść, że rząd przedłoży oddawna oczekiwany projekt w najbliższej sesyi parlamentarnej.

I oto przed tygodniem uchylił się wreszcie rąbek tajemnicy, otaczającej dotąd prace przygotowawcze. »Das oesterreichische Sanitätswesen« wydało osobny dodatek do Nr. 39 z 26. IX. b. r., zatytułowany: »Podstawy ustawy państwowej o ochronie i zwalczaniu chorób zakaźnych«, a obejmujący oprócz krótkiej historyi dawniejszego toku sprawy, dwa bardzo ważne dokumenta, mianowicie elaborat departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wewn. o ogólnych podstawach ustawy epidemicznej, datowany jeszcze z 16. IV. 1901 i opinię Najwyższej Rady zdrowia z 13. III. 1906, stanowiącą na ów elaborat odpowiedź.

Z historyi sprawy godzi się przytoczyć, że konieczność skodyfikowania przepisów o chorobach zakaźnych podniósł i gruntownie uzasadnił w Radzie państwa Polak, poseł Kozłowski, w r. 1892.

Elaborat ministerstwa omawia w osobnych rozdziałach: 1) zarządzenia zapobiegawcze, 2) zarządzenia celem ochrony przed zawleczeniem chorób zaraźliwych z zagranicy, 3) zarządzenia przy pojawieniu się chorób zakaźnych w granicach państwa, 4) środki unieszkodliwienia zarazków, 5) koszta zarządzeń sanitarnych, odszkodowanie stron, 6) postanowienia karne.

Zapobieganie chorobom zakaźnym polega przedewszystkiem na uzdrowotnieniu, to zaś należy według ustawy z d. 30. IV. 1870. Dpp. 68 do własnego zakresu działania gmin, których obowiązkiem jest samoistne: »przestrzeganie przepisów sanitarno-policyjnych co do gościńców, dróg i placów, miejsc zgromadzeń publicznych, mieszkań, kanałów, wychodków, wód płynących i stojących, tudzież co do wody do picia i użytku, co do środków żywności i naczyń, nakoniec co do publicznych zakładów łaziebnych« (§ 3 a). Tych jednak najgłówniejszych warunków zapobiegania epidemiom dopełniają gminy w Austryi tylko wyjątkowo, bądź nie rozumiejąc ich doniosłości, bądź dla braku środków. Jedynie pod grozą epidemii stają się wymienione obowiązki gmin na zasadzie § 4 ustawy, jak wyjaśnia rozporządzenie ministerstwa spraw wewn. z 15. IX. 1893 L. 22.881, obowiązkami w t. zw. poruczonym zakresie działania, dzięki czemu wprawdzie w takich okresach gminy, musząc ulegać zarządzeniom władz rządowych, czyniły znaczne postępy w zakresie asanizacyi, ale też nieraz takie zarządzenia władz rządowych pierwszej instancyi, jeżeli nie były dość ściśle oparte na brzmieniu owego rozporządzenia, musiały być przez wyższe instancye znoszone. Zresztą ów § 4 ustawy, orzekający, że do poruczonego zakresu działania gmin należy: »wykonywanie środków miejscowych dla zapobieżenia chorobom zakaźnym i ich rozszerzaniu się« bywał i tak tłómaczony, że konieczną podstawą czynnego wkroczenia władz rządowych musi być istnienie rzeczywistej »epidemii«, t. j. mnogich przypadków choroby, co oczywiście wywoływało zamieszanie i utrudniało skuteczne działanie władz rządowych już przy pierwszych przypadkach chorobowych.

Zanieczyszczenie wód w sposób dla zdrowia szkodliwy podlega wprawdzie karze według niektórych ustaw krajowych i § 398 ustawy karnej, ustawy te jednak nie są wystarczające już choćby z tego względu, że wymagają dowodu, iż szkodliwe dla zdrowia skutki rzeczywiście już nastąpiły. Podobnie niewystarczające ze względu na zapobieganie zakażeniom są postanowienia ustaw budowlanych i przemysłowych co do higieny gruntu i powietrza, usuwania odpadków i higieny mieszkań.

Stworzyć podstawę do rzeczywiście skutecznego zapobiegania chorobom zakaźnym mogłoby przeto, zdaniem referenta min. jedynie ograniczenie samoistnego zakresu działania gmin ze względu na te choroby i przyznanie władzom rządowym w pewnych warunkach prawa bezpośrednich zarządzeń, do których gminy musiałyby się stosować.

Przepisy celem ochrony przed zawleczeniem chorób zakaźnych z zagranicy musiałyby w państwowej ustawie o chorobach zakaźnych być zastosowane do międzynarodowych układów, zawartych w Dreźnie (Dpp. Nr. 69, 1894) i w Wenecyi (Dpp. Nr 13, 1901) ze względu na cholerę i mór. Chodzi tu o zakaz przywozu i przewozu pewnych towarów i przedmiotów zakażonych, o odkażanie pakunków podróżnych i towarów, o nadzorowanie stanu zdrowia podróżnych na granicach, zatrzymywanie chorych, dalszy nadzór nad podróżnymi i przybywającymi z zagranicy po przybyciu ich do celu. Natomiast zniesiono kwarantanę na lądzie i nie wolno zatrzymywać na granicy wozów kolejowych, jeżeli nie są zanieczyszczone materyałem zakaźnym. W ten sposób zatem przez układy międzynarodowe usunięte zostały wogóle przeszkody w swobodnym ruchu podróżnych, a zawleczeniu chorób zakaźnych z państw ościennych zapobiegać musi staranny nadzór sanitarny nad przyjezdnymi z okolic zakażonych już po przybyciu ich do celu podróży, którby pozwolił w razie potrzeby odrazu i niezwłocznie zastosować środki ochronne. Taki staranny i ścisły nadzór zapewnić mogą tylko osobne przepisy ustawy, obwarowane karami. Zalecałoby się zaprowadzić na wzór Francyi i Włoch »paszporty sanitarne«, wręczane przybyszom z okolic zakażonych przy rewizyi sanitarnej na granicy z obowiązkiem przedkładania tych paszportów po przybyciu do celu podróży władzom, któreby o takich przybyszach osobno od władz granicznych otrzymywały zawiadomienie. Podobne urządzenie powinnoby dotyczyć także osób, wyjeżdżających z miejscowości zakażonych w obrębie państwa do innych jego miejscowości. W sprawie zawiadamiania rządów o epidemiach w państwie ościennem zawierają międzynarodowe układy postanowienie tylko co do cholery i moru; rzeczą zaś Najw. Rady zdrowia będzie rozstrzygnąć, czy władze nadgraniczne mają stale zbierać wiadomości o zarazach, panujących w państwie sąsiedniem i donosić o tem władzom przełożonym lub ministerstwu spraw wewnętrznych. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, zapowiadanej przez rząd austryacki od lat szeregu, rozpoczyna dr Mikołajski szereg artykułów w »Głosie lekarzy« (19). Nareszcie bowiem obecna epidemia ospy w Wiedniu wywarła na rząd większy wpływ, niż wieloletnie nawoływania kół lekarskich, i projekt ustawy ma być wkrótce wniesiony do parlamentu. Lekarze powinni przeto w porę zwrócić uwagę na szczegóły, ważne dla dobra powszechnego lub dla stosunków zawodowo-lekarskich. *R.*

W sprawie szpitalnictwa zabrała głos także Izba lekarska wschodnio-galicyjska, wnosząc na ręce posła prof. Marsa do Sejmu przedstawienie, zredagowane przez dra Mikołajskiego, a dotyczące wogóle udostępnienia pomocy lekarskiej dla ubo-

gich chorych. W piśmie tem poruszono nietylko sprawę szpitalnictwa, ale także konieczność przyspieszenia organizacyi okręgowej służby sanitarnej, kladąc nacisk na to, że organizacya ta zmniejsza zakres prywatnej praktyki lekarzy i jest przez to dla zawodowych interesów lekarzy niekorzystną, a jeżeli mimoto korporacye lekarskie potrzebę jej podnoszą, to czynią to widocznie tylko z gorliwości o dobro powszechne (»Głos lek.« 19). Konieczność reform w szpitalnictwie galicyjskiem poruszyły także niektóre dzienniki. W »Kuryerze lwowskim« zaraz po Zjeździe lek. i przyr. polsk. we Lwowie wyszły artykuły dra S. M. i dra C., omawiające uchwały Zjazdu i memoryał Towarzystwa lek. krak. w tej sprawie; w »Słowie polskiem« ukazał się gorąco i barwnie napisany artykuł przed kilku dniami, a »Czas« pomieścił dwa artykuły prof. Ciechanowskiego w tymże przedmiocie. — Sejmowa komisya sanitarna, w której poseł prof. Mars referował memoryały korporacyi lekarskich, wniesionych w tym przedmiocie do Sejmu, postanowiła wybrać osobny podkomitet dla zajęcia się tą sprawą. *R.*

Przeciw szczepieniu rozszerzaną jest po kraju, jak donosi »Głos lek.« (19), litografowana odezwa, a jak twierdzą dzienniki, także jakieś drukowane książeczki, usiłujące walczyć z doskonałą broszurą dra Ign. Schaittra, z której zdawaliśmy sprawę, a w której dr S. domaga się wprowadzenia przymusu szczepienia. Pochodzenie owej odezwy wyjaśnia odwołanie się przy końcu na berliński »Przewodnik zdrowia«, którego redakcya »udziela wszelkich informacyi o naturalnem leczeniu«. — Jak to już podnosiliśmy, byłoby pożądane i uzasadnione, gdyby władze do takich wydawnictw, krzewiących partactwo, zastosowały w interesie ludności środki podobne, jak np. do leków tajnych. Dziwić się można, że taki np. »Przewodnik zdrowia« posiada w Austryi debit pocztowy. *R.*

Lekarze dolno-austryaccy zgodzili się z powodu niebezpieczeństwa przeniesienia się ospy z Wiednia na prowincyę na pewne ustępstwa co do szczepień, a mianowicie zezwolił zarząd organizacyi wykonywać lekarzom szczepienia, jeśli honoraryum za każde szczepienie nie będzie niższe od 1 kor., (powyżej 100 szczepień nie niższe od 60 hal.), a krowianka, opatrunki i lokal będą dostarczone przez stronę (Kasy chorych i t. d.). »Głos lek.« (19) podaje, że u nas otrzymują lekarze tylko po 11·6 halerzy za jedno szczepienie w miejscu, a lekarze okręgowi i szpitalni od kilku lat tylko po 10 hal. *R.*

Sprawa emerytury dla lekarzy okręgowych, którą odłożono z wiosną, obiecując wnieść do Sejmu w jesieni, dotychczas nie została Sejmowi przedłożoną przez Wydział krajowy. »Głos lekarzy« (18) przypomniał konieczność rychłego załatwienia tej sprawy, a z dzienników pomieścił »Czas« (5. X. 1907), artykuł prof. Ciechanowskiego w tym przedmiocie. Wobec rychłego zamknięcia Sejmu niewielka jednak jest nadzieja, aby nawoływania te odniosły teraz skutek. *Z.*

Kolei żelaznych dotyczyły m. i. dwa zajmujące wykłady na XIV. międzynarodowym Zjeździe higienicznym, odbytym świeżo w Berlinie. Dr Thierry, roztrząsając niebezpieczeństwo zaraz i ich zapobieganie na kolejach, doszedł do następujących wniosków: Chorych podróżnych należy odosabniać w odrębnym wozie lub w osobnym, od reszty wozu oddzielonym przedziale. Po każdym chorym konieczne jest odkażenie. Niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy zagrażają najczęściej chorzy podróżni nieznajomi, o których niewiadomo i którzy sami zresztą najczęściej nie wiedzą, że choroba ich jest zaraźliwą. Używane zazwyczaj na kolejach sposoby odkażania nie są wystarczające. Należałoby zastosować na kolejach usuwanie i niszczenie pyłu, który może być zakażony, zapomocą wsysania (przez wytwarzanie próżni), które należy uzupełnić wycieraniem podłóg i t. d. na mokro. Wozy powinny być czyszczone regularnie i wśród drogi, nietylko na stacyach końcowych. Konieczny jest szczególnie ścisły nadzór nad wodą, podawaną podróżnym i służbie kolejowej po dworcach i t. d. — Dr Létienne omawiał niebezpieczeństwa, jakiemi dla ruchu kolejowego zagrażają funkcyonaryusze nerwowo chorzy. Zdaniem dra L. jest umiejętność rozpoznawania chorób nerwowych, w samych początkach będących, lub innemi chorobami zamaskowanych, dla lekarzy kolejowych niezmiernie ważna; dotknięci takiemi chorobami urzędnicy i służba kolejowa powinni być zupełnie usunięci od służby ruchu i wogóle od służby wykonawczej, nakładającej odpowiedzialność, a użyci w inny sposób. Zważyć należy, że niektóre choroby nerwowe są uleczalne i dadzą się pogodzić z bardzo nieraz skuteczną pracą w innych działach służby kolejowej. *R.*

Przeciążenie w szkołach i ujemne jego skutki, zdaniem prof. Czernego z Wrocławia (wedłeje go wykładu na XIV. międzynarodowym Zjeździe hig. w Berlinie) u dzieci prawidłowych nie istnieją i nie zostały przez nikogo jeszcze dowiedzione. Objawy, uważane za skutek przeciążenia, są przeważnie skutkiem gorąca i złej wentylacyi sal szkolnych. Zboczenia, powstałe rzekomo wskutek przeciążenia nauką w szkole, stwierdzić można przedmiotowo tylko u dzieci nerwowych. Zapobiegawcze znaczenie ma odpowiednie domowe wychowanie dzieci, budzenie w nich poczucia obowiązku, nauka panowania nad sobą i poddawania się powadze rodzicielskiej i nauczycieli. *R.*

Sprawę obowiązkowego donoszenia o przypadkach gruźlicy roztrząsał prof. Schrötter na VI. międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w zeszłym miesiącu. Zdaniem prof. Schröttera należy ze względu na szczególne niebezpieczeństwo, jakiem zagraża gruźlica społeczeństwu, nałożyć na lekarzy obowiązek donoszenia o każdym rozpoznanym jej przypadku, aby można przez to stwierdzić dokładnie stopień rozpowszechnienia się gruźlicy i zastosować wszelkie środki jej zwalczania. Prof. S. sądzi, że wprowadzenie tego obowiązku jest rzeczą wykonalną. W rozprawach oświadczył się Raw za obowiązkiem donoszenia o wszystkich ciężkich przypadkach, t. j. o przypadkach t. zw. gruźlicy otwartej, zagrażającej otoczeniu chorego niebezpieczeństwem, natomiast przeciw donoszeniu o przypadkach innych kategoryi. Glasenapp wniósł rezolucyę pośrednią, aby obowiązek donoszenia zaprowadzić co do przypadków śmierci z gruźlicy płuc i krtani i co do zmiany mieszkania przez suchotników, zmierzać zaś do tego, aby obowiązek ten mógł być z czasem rozciągnięty i na przypadki zachorowania na gruźlicę płuc i krtani. *R.*

Liczba szpitali publicznych w całych Niemczech wzrosła od r. 1877 do 1904 z 1822 na 3603, a łóżek w nich z 72.219 na 205.117, w samych zaś Prusach istniało w r. 1905 2333 szpitali powszechnych z 131.307 łóżkami (o 6246 więcej w porównaniu do r. 1904). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W sześciotygodniowym okresie czasu od 18. sierpnia do 28. września 1907 doniesiono o 76 nowych przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Brzeżany (ChoroścIec 5, Taniów 1), Drohobycz (Łastówki 12), Jaworów (Podłuby 1, Krakowiec 1), Lisko (Wołosate 14), Złoczów (Złoczów 4, Strutyn 3), Stryj (Duliby 11), Lwów pow. (Jaryczów nowy 2), Peczeniżyn (Utoropy 5), Rawa (Ulicko seredkiewicz 3, Wulka mazowiecka 1), Mościska (Małnowska wola 3), Jarosław (Pawłowa 1), Nadwórna (Pniów 3), Tarnopol (Tarnopol 1), Tłumacz (Petryłów 2), Podhajce (Rosochowaciec 2) i 2 przypadkach ospy w Jasieniu pow. Kałusz (od 1. września b. r. nie sprawdzono nowych przypadków ospy w Galicyi). — W czasie od 29. września do 5. października 1907 doniesiono o 11 nowych przypadkach duru plamistego w 5 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Łastówki 2), Jaworów (Zawadów 5), Lisko (Wołosate 2), Podhajce (Rosochowaciec 1), Zborów (Jezierna 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 6; zmarło osób 50, (w tem obcych 24), z tych z gruźlicy 11 (5), zapalenia płuc 5, błonicy 2 (1), płonicy 5 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 3, płonicy 11 † 3, (w tem obcy 1), odry 9, duru brzusznego 8 † 1, czerwonki 1, gorączki połogowej 1. *L.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Zestawienia nie otrzymaliśmy.

Ospa poczyna szerzyć się coraz silniej w Warszawie.

---

† Dr Józef Rożański.

Krakowianin z pochodzenia (* 23. XII. 1841), ukończył szkoły średnie i Wydział lekarski w rodzinnem mieście. Uzyskawszy dyplom doktorski w r. 1866, przez lat kilka pracował na klinice Hebry w Wiedniu. W roku 1870 osiadł we Lwowie, z którym na resztę życia połączyły go serdeczne węzły. Tam też aż do r. 1905 pracował na stanowisku prymaryusza szpitala. Zmarł 27. września 1907.

Obdarzony wybitnemi zdolnościami, zdobywszy wiedzę niepospolitą, był wzorowym kierownikiem swego oddziału, na którym spędzał często dnie całe, dosłownie od rana do zmroku, i gdzie wykształcił się pod jego okiem szereg dzielnych specyalistów. Ale poza pracą ściśle zawodową zajmował się nadzwyczaj żywo sprawami społecznolekarskiemi, był jednym z najczynniejszych założycieli Towarzystwa lekarzy galicyjskich, nie szczędził czasu i trudu w pracach około uzyskania zawodowego przedstawicielstwa stanu lekarskiego, około uzyskania Wydziału lekarskiego dla Lwowa, około spraw sanitarnych kraju, rozstrzygających się w Krajowej Radzie Zdrowia, której przez lat kilka był członkiem. Prawość i szlachetność charakteru zjednała Mu powszechne zaufanie i cześć kolegów, czego wyrazem był jednomyślny wybór jego na pierwszego prezydenta Izby lekarskiej zaraz po jej utworzeniu.

Stanowisko jego i doniosły wpływ szlachetnego Jego ducha na ogół, charakteryzują najlepiej piękne słowa, poświęcone Jego pamięci w »Słowie Polskiem« (Nr 458):

»Gdy z tego świata schodzi człowiek, który głośnymi czynami szerokim masom nie dałsię poznać, lecz umyślnie nawet unikał rozgłosu, cicho jest zwykle po śmierci i ogół nie dostrzega straty. A jednak cisza godzin pośmiertnych i brak masowej żałoby nie dowodzi zawsze, że ten, który odchodzi, nie był wyższy ponad zwykłą, szarą, bezimienną pospolitość. Wielkie serca, charaktery silne i bez zmazy, natury przedziwnej kryształowej czystości idą w dalekie tajemnicze przestworza po jasnej, ale cichej smudze.

Kroniki, które regestrują czyny, podają wtedy szczupłe i suche notatki biograficzne. Ale kronika ducha, ta, którą się rzadko pisze, znaczy taką stratę, jako cios ciężki, jako ubytek siły, która promieniowała, zapładniała i tworzyła...

Rzadko kto wie, jak w życiu społecznem powstają i rosną wpływy, których początkiem są natury tego pokroju i tej miary moralnej, co ś. p. Józef Rożański.

Ubył nam nie prymaryusz uczony, nie lekarz sumienny i na ludzką nędzę czuły, nie sumienny pracownik — to wszystko mało: ubył nam człowiek wielkiej cnoty.

I dlatego pustka jest po nim dotkliwa...

Straciliśmy jeden z nielicznych ośrodków, skąd rozchodziły się wokół ciche, ale trwałe prądy ideału«. *C.*

Dr Leopold Glück

wychowaniec Wszechnicy Jagiellońskiej, zmarł w Serajewie 9. października 1907.

Dzięki wybitnym zdolnościom i niezmordowanej pracy doszedł Dr Glück do naczelnego stanowiska w szpitalu krajowym w Serajewie i do wysokich godności w hierarchii urzędowej w Bośni.

Licznemi pracami w zakresie dermatologii, z których część największą ogłosił w »Przeglądzie lekarskim«, będąc wiernym jego współpracownikiem przez długie lata, zdobył sobie dr Glück uznanie i wybitne imię, zwłaszcza jako jeden z najlepszych znawców trądu w Europie.

Obszerniejszy życiorys pomieścimy w numerze następnym. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział lekarski U. J., pragnąc uczcić zasługi ustępującego z katedry prof. dr Macieja Jakubowskiego, uchwalił wybić medal pamiątkowy, którego artystycznem wykonaniem zajął się prof. Jan Raschka. Medal nabywać można za poprzedniem zamówieniem w księgarni S. A. Krzyżanowskiego i w domu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4).

— Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego, mianującą dra Romana Nitscha docentem prywatnym bakteryologii.

Lwów. Doc. Dr Herman (Lwów, ul. Łyczakowska Nr 5) uprasza o nadsyłanie na jego ręce manuskryptów z wykładów, wygłoszonych w Sekcyi chirurgicznej X. Zjazdu lek. i przyr. pol. we Lwowie, celem pomieszczenia ich w »Pamiętniku XIV. Zjazdu chirurgów polskich«.

— Radzie powiatowej w Horodence zezwolił Sejm na zaciągnięcie pożyczki 120,000 K na budowę szpitala w Horodence.

Warszawa. Jedną ze spraw na dobie o nader doniosłem znaczeniu społecznem jest sprawa przekazania szpitali warszawskich z pod zarządu Miejskiej Rady Dobroczynności publ. pod zarząd magistratu. Komisya, umyślnie wyznaczona, składająca się z przedstawicieli władz, szpitali, magistratu, instytucyi społecznych oraz obywateli miasta, przypuszczała pierwotnie, że rzecz tę załatwi w ciągu dwóch miesięcy, t. j. do dnia 14. listopada b. r. Ze względu jednak, że szpitale nasze posiadają liczne kapitały i nieruchomości, że cały ten majątek przed przyjęciem go przez miasto musi być sprawdzony i oszacowany, że sprawdzenia i oszacowania wymagają również i ruchomości szpitalne, wobec więc takiego ogromu zadania odroczyła komisya termin oddania szpitali miastu do d. 14. marca 1908. I słusznie! Wszak rzecz tak ważną należy przeprowadzić gruntownie, a i publiczność radaby mieć dokładny obraz całej 37-letniej gospordarki szpitalnej Miejskiej Rady Dobr. publ.

Tymczasowy oddział szpitalny dla chorych na choroby zaraźliwe zamiast na ul. Spokojnej ma być podobno otwarty na ul. Złotej w gmachu, gdzie obecnie mieści się więzienie dla kobiet. Na ul. Spokojnej miejsce uznano za nieopowiednie na szpital, gdyż tuż obok ma stanąć miejski zakład dezynfekcyjny, oraz zakład palenia śmieci.

Wielkie wrażenie wywołało w mieście samobójstwo młodego, bo zaledwie 30-letniego lekarza, Bolesława Żebrowskiego, asystenta Dra Palmirskiego. Był to bardzo pracowity i zdolny lekarz, którego prace naukowe rokowały świetne nadzieje, ale cierpiał z powodu słabego zdrowia. Z pozostawionego listu wynika, iż powodem samobójstwa było przekonanie, iż »nie starczy mu sił, by być pożytecznym społeczeństwu«. Śmierć jego obudziła żal powszechny.

Szczupłe grono lekarzy z Warszawy i prowincyi obchodziło w d. 1. X. półwiekową rocznicę otwarcia w Warszawie »Cesarsko-królewskiej Akademii Medycznej«, która, jak wiadomo, nieco później przekształcona została na Szkołę Główną. Po nabożeństwie w kościele po-Pijarskim odbyło się zebranie byłych wychowańców Akademii. Z Warszawy byli tu Drowie: Dobrzycki, Kryże, Cymerman, Leon Goldsobel, Maks Hertz, Stan. Markiewicz, Kuszel, Michalewski, J. Rosenthal, Saski, Wł. Śmiechowski, Sommer, Wł. Stankiewicz, Sznabl, Stromfeld, Taczanowski, Uszyński i aptekarz Hubert, — z prowincyi: Bakinowski z Suwałk, Brzozowski z Łodzi, Płużański z Radomia, Reszyff z Radzynia, Stano z Międzyrzeca, Wyrzykowski i Czaplicki z Kielc, Rybicki ze Skierniewic. W zebraniu uczestniczyli zaproszeni goście: prof. Baranowski, naczelny lekarz szpitala Dz. Jezus, Dr Karwowski, prezes Warsz. Tow. Lek. Dr Kamocki i b. sekretarz kancelaryi Akademii i Szkoły Głównej p. Jankowski. — Prof. Baranowski w pięknem przemówieniu ofiarował zebranym napisany przez siebie życiorys ich mistrza, prof. Tytusa Chałubińskiego, poczem wygłoszono wiele podniosłych mów. Uczestnicy zebrania za lat 5 święcić będą 50-tą rocznicę swej działalności lekarskiej. Że była ona owocna, sądzić można z tylu, tak dobrze krajowi i nauce ojczystej zasłużonych, a znanych powszechnie imion uczestników zebrania.

Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej z powodu dziesięciolecia swego istnienia urządziło w dniach 4., 5. i 6. b. m. »trzy dni Pogotowia Ratunkowego«, w które zbierało ofiary na zasilenie swych skromnych funduszów. Zebrano podobno 20,000 rbs. Przy tej sposobności wydało Towarzystwo opracowane przez prezesa »Pogotowia«, Dra Józefa Zawadzkiego, dzieje tej instytucyi. Dzieje te, to niezmiernie ciekawy przyczynek do historyi Warszawy z dwu lat ubiegłych. *Dr L.*

— Jak donosi »Przegląd felczerski« (19) została w Warszawie zatwierdzona wyższa szkoła felczerska, z nauką 3-letnią, językiem wykładowym polskim. Prawo wstąpienia do szkoły daje ukończenie 4 klas średniego zakładu naukowego, a ukończenie szkoły uprawnia do posad rządowych, prywatnych i »wolnej« praktyki felczerskiej.

Wilno. Wileńskie Towarzystwo przyjaciół nauk otrzymało w darze od hr. Przeździeckiego pałacyk na własną siedzibę. Liczba członków doszła 108, prócz 2 dożywotnich. Biblioteka Towarzystwa obejmuje już 3,000 tomów.

Z różnych stron. Od kilku już lat nie może młodzież polska w zaborze rosyjskim odbywać prawidłowych studyów uniwersyteckich. Część młodzieży wyjeżdża na studya zagranicę, inna część ratuje się samokształceniem i wykładami na zorganizowanych w Warszawie »wyższych kursach naukowych«. W najgorszem położeniu znajduje się młodzież, poświęcająca się medycynie, gdyż tych studyów ani przez samokształcenie się, ani na kursach warszawskich, nie mających odpowiedniego wydziału,

odbyć nie może i musi wyjeżdżać zagranicę. Na wszechnicach galicyjskich doznaje wprawdzie przy przyjęciu wszelkich możliwych ułatwień, a centralne władze austryackie nie utrudniają tego wszechnicom; to też prawie wszyscy wychowańcy prywatnych polskich szkół średnich z Królestwa, odpowiadających gimnazyom austryackim, uzyskali przyjęcie na wydziały lekarskie galicyjskie z pełnemi prawami słuchaczy zwyczajnych. Nie mniej część młodzieży, nie chcąca lub nie mogąca studyować w Galicyi i zgłaszająca się do wszechnic odleglejszych (szwajcarskich, niemieckich, francuskich) skazana była na niepewność co do tego, czy i na jakich prawach będzie tam przyjęta. Dla tej to części młodzieży, niemogącej uczyć się w warunkach stosunkowo najkorzystniejszych wśród swoich i w rodzinnym języku, zdają się stosunki poprawiać. Uniwersytet katolicki we Fryburgu szwajcarskim postanowił, jak donosi »Gazeta codzienna« (Nr 66) przyjmować na wszystkie wydziały bez żadnego uszczuplenia praw maturzystów szkół Górskiego i Chrzanowskiego w Warszawie, im. Staszica w Lublinie, szkoły w Płocku i Częstochowie, zaś z dodatkowym egzaminem z łaciny maturzystów szkół: Jeżewskiego, Rontalera, Konopczyńskiego i szkół handlowych w Radomiu, Włocławku, Kaliszu i Pabjanicach. Wprawdzie uniwersytet fryburski nie ma wydziału lekarskiego, ale mają go inne wszechnice szwajcarskie, a uniwersytet fryburski zawiadomił je oficyalnie o swem postanowieniu i starać się będzie na zjeździe rektorów, aby i one przyjęły tęsamą zasadę przy wpisach słuchaczy Polaków. Zresztą wszechnice w Bernie i Zurychu przyjmują młodzież także i bez matury, pod warunkiem złożenia egzaminu dodatkowego, poczem zaliczane bywają dwa półrocza z poprzednich studyów.—Przy sposobności godzi się wspomnieć o głosach prasy warszawskiej, przestrzegającej młodzież przed »niebezpieczeństwem nauki niemieckiej«, polegać mającem na drobiazgowości z jednej, a doktrynerstwie z drugiej strony. Z tych wad wynika owa swoiście niemiecka metoda pracy, dla nas przez to szkodliwa, że do umysłowości naszej niedostosowana. Toteż np. p. Wacław Dunin (»Głos polski« Nr 2) wywodzi, że studya w Niemczech są bardzo korzystne, jednakże o tyle, o ile są racyonalnie i krytycznie prowadzone. Niemcy są wszakże odpowiedniejsze dla tego, kto chce zdobyć gruntowne podstawy naukowe, nagromadzić w krótkim czasie i w łatwy sposób dużo wiadomości faktycznych, zapoznać się wszechstronnie z piśmiennictwem, niż dla tego, kto szuka nowych idei, podstawy naukowe już posiada, a ma dane do samodzielnej twórczości.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w r. 1908 w Washingtonie, nadesłał nam program tymczasowy. Prezesem Komitetu jest dr Flick, sekretarzem generalnym dr John S. Fulton (810 Colorado Building, Washington D. C.). Zjazd trwać będzie od 28.IX do 3.X 1908, a połączona ze Zjazdem wystawa 21.IX do 12.X. Komitet wystawy ogłasza kilka konkursów, m. i. na model mieszkania dla ubogich, tak urządzonego i umeblowanego, aby ułatwiał walkę z gruźlicą (nagroda 1.000 dolarów), na najlepsze popularne broszury o gruźlicy i t. d. Wśród komitetów narodowych nie ma polskiego.

— W międzynarodowym Zjeździe szkolno - higienicznym w Londynie uczestniczyło 8 osób z Polski (wyłącznie z Galicyi). Wykład wygłosił dr E. Piasecki w Sekcyi VI. Udział Polaków w wystawie ograniczał się do wystawienia planu parku dla młodzieży w Kołomyi (»Przegl. hig.« Nr 10).

— Przewodniczącym stałej komisyi międzynarodowych Zjazdów higienicznych został w miejsce zmarłego prof. Brouardela wybrany prof. Rubner.

— »Międzynarodowe Towarzystwo medycyny podzwrotnikowej« pod przewodnictwem Sir Mansona z Londynu, zawiązało się 27.X b. r., a prawie równocześnie powstało podobne Towarzystwo niemieckie.

— Zarząd spraw lekarskich powierzyć laikowi potrafi nietylko austryacka, ale i pruska biurokracya. Pomimo starań Izb lekarskich pruskich, mianowano przewodniczącym t. zw. »Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen« nie-lekarza, radcę tajnego Förstera (po ustąpieniu dra Althoffa, którego 20-letniej działalności zawdzięczają Prusy ogromny rozwój wydziałów lekarskich i wiele urządzeń sanitarnych).

— Prof. Dunbarowi z Hamburga miało się powieść zapomocą ściśle określonych sposobów postępowania przekształcić komórki zawierających zieleń roślinną algów z rodziny *palmellaceae* zarówno na drożdże i pleśnie, jak i na wszelakiego rodzaju bakterye. Wyniki 14-letniej pracy w tym kierunku ogłosił Dunbar w broszurce, wydanej przez nakładcę Oldenbourga w Berlinie. Gdyby się »odkrycie« Dunbara potwierdziło, to stanowiłoby ono przewrót w dzisiejszej mikrobiologii. Ale »Münch. med. Wochenschrift« (40), donosząc o tem, zauważa słusznie, że twierdzenia Dunbara są tak sprzeczne z tem, co według dotychczasowego stanu wiedzy uważamy za możliwe, i że rzekome przekształcenie jednych drobnoustrojów w drugie tylekroć już okazało się złudzeniem, iż i tym razem pomimo powagi autora, budzić się musi wątpliwość, czy spostrzeżenia jego są ścisłe.

— W Genewie zawiązało się »Towarzystwo Białego Krzyża« (Société universelle de la Croix-Blanche de Genève), na którego czele stoją między innymi profesorowie Blanchard i Bouchard z Paryża, a które ma na celu międzynarodową organizacyę walki z gruźlicą, rakiem, nagminnemi chorobami zakaźnemi i alkoholizmem

— Z ukończonym niedawno Zjazdem budowniczych i higienistów miejskich w Lyonie połączoną była wystawa higieny miast. Zdając z niej sprawę, porusza prasa lekarska francuska potrzebę zakładania we Francyi popularnych muzeów higieny społecznej. Znowu przeto powiodło się nam raz wyprzedzić Zachód, skoro istnieje już ludowe muzeum higieniczne w Częstochowie, a ma wkrótce powstać we Lwowie.

— Porównanie przebiegu Zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich, n. p. ostatniego w Dreźnie, z naszymi Zjazdami, nie wypada wcale na naszą niekorzyść. I tak, sprawozdawca »Deutsche med. Wochenschrift« (39) utyskuje na nadmierne rozdrobnienie sekcyi Zjazdu drezdeńskiego (samych lekarskich sekcyi było 17, wskutek czego mimo 560 wykładów lekarskich każda z sekcyi miała mało materyału), na nadużycie, jakiem jest zgłaszanie wykładów, których się potem nie wygłasza (co zresztą zdarza się i u nas), na lekceważenie prasy, nawet lekarskiej, na niesprawne wydawanie dziennika Zjazdu i t. d. Zazdrościć natomiast można Zjazdom niemieckim funduszów, którymi obecnie rozporządzają, gdyż majątek Zjazdów dobiegł już 200.000 marek.

Mianowani: Prof. Rosthorn z Heidelbergu profesorem położnictwa w Wiedniu; Prof. Melnikow-Razwedenkow zwycz. profesorem anatomii patol. w Charkowie; Dr Miranda profesorem położnictwa w Neapolu.

Zmarli: Ginekolog prof. Kossmann w Berlinie; prof. higieny Guiraud w Tuluzie; otyatra prof. Kessel w Jenie. Dr Bogumił Stępiński w 73 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.